

فكرة وجيزة عن

الفحص النفسي والعقلي

إعداد وتأليف

أ. د. عبد الرحمن ابراهيم


mohamed khatab

فكرة وجيزة عن
الفحص النفسي والعقلي

- الطبعة الأولى 2001
- الطبعة الثانية 2007

www.DCpsy.com

- **الناشر: شعاع للنشر والعلوم**

حارة الرباط 2 - المنطقة 12 - حي السبيل 2

تلفاكس : 2643545 (21) 00963

هاتف : 2643546 (21) 00963

سورية ـ حلب

ص.ب 7875

لمزيد من المعلومات ولشراء كتب الدار مباشرة على الإنترنت

يرجى زيارة موقعنا http://www.raypub.com

البريد الإلكتروني للقراء: quality@raypub.com

info@raypub.com

البريد الإلكتروني للزبائن: sales@raypub.com

البريد الإلكتروني لدور النشر: orders@raypub.com

فكرة وجيزة عن
الفحص النفسي والعقلي

إعداد وتأليف

الأستاذ الدكتور/عبد الرحمن ابراهيم

دكتوراه في الطب النفسي

استشاري السلوك الإنساني في حالتي الصحة والمرض

اختصاصي بالأمراض النفسية والاضطرابات السلوكية والجنسية ومعالجتها

بسم الله الرحمن الرحيم

﴿قُلْ كُلٌّ يَعْمَلُ عَلَى شَاكِلَتِهِ فَرَبُّكُمْ أَعْلَمُ بِمَنْ هُوَ أَهْدَى سَبِيلًا (84) وَيَسْأَلُونَكَ عَنِ الرُّوحِ قُلِ الرُّوحُ مِنْ أَمْرِ رَبِّي وَمَا أُوتِيتُمْ مِنَ الْعِلْمِ إِلَّا قَلِيلًا (85)﴾ الإسراء

صدق الله العظيم

الإهداء..

إلى... كل العيون التي راقبتني و انتظرتني.. بحب..

عبد الرحمن

بيـن يـدي الكُتيِّب

يكتنف الطب النفسي الكثير من الغموض والتشويق، وتثير العلوم النفسية الكثير من التساؤلات المبهمة، وذلك يعود إلى ارتباط هذا المجال من العلوم بالكثير من دوافع سلوكنا وطباعنا وعثرات حياتنا وطرق تفكيرنا وتخبط عواطفنا، وقبل كل شيء غموض الكثير من آلامنا التي نقف عاجزين لا حول ولا قوة لنا أمامها، هذا عدا عن الفضول الذي تخلقه حساسية فهم المرء لنفسه وللآخرين، إضافة إلى حب الإنسان لفهم نوايا الآخرين..

وليس بعيداً عن الذهن أن الطب النفسي مرتبط أساساً بالعلاج والعون وحل المشكلات التي ترى كمعضلات يكاد يستحيل فهمها وحلها للوهلة الأولى، من هنا يحاط الطبيب النفسي في كل المجتمعات بهالات ضخمة من المبالغات والأوهام، إذ ينظر إليه على أنه ذو قدرة فائقة لكشف واختراق اللا مرئي عدا عن اكتشاف شخصية القابع أمامه وتحليل ما وراءها من دوافع وتمييز ما تُظهر وما تخفي من خلال الشكل أو المظهر أو الصوت أو حركات الجسد أو بضعة كلمات يتلفظ بها المرء، فهو يرى ما لا يراه سواه، وهو القادر على تغيير شخصية المريض وقلبها رأساً على عقب، ويرد العقل لمن فقد عقله ويشفي المجنون أو يقدم حلولاً لمشكلات البشرية والحياة، أو باختصار يشفي آلام النفوس ويضمد جراحها...

هذه المفاهيم تحول الطبيب النفسي إلى رجل خارق (سوبرمان) يمتلك قدرات فائقة وعلوماً يكتنفها الغموض والصعاب، وهذا كله ناتج عن علمه وذكائه وشخصيته المميزة والفريدة...

هذه النظرة نحونا نحن أطباء النفس ما هي إلا تراكم كبير من حالات القلق والفشل والتعلق والحنين إلى الطفولة، حيث يعتقد الطفل أن أباه يمتلك مفاتيح كل شيء وهو قادر على عمل ما يعجز عنه الآخرون وهو قبل كل شيء مصدر الحماية والرعاية، وكذلك نظرة الطفل نحو أمه، فهي مصدر الحنان والأمان

والحب والتعاطف، وكل إنسان يحمل في داخله (لا شعوره) طفلاً ينظر إلى ذاك الأب القادر العظيم، وتلك الأم الواهبة بلا حدود. من هنا يمكننا فهم هذه النظرة نحو الطبيب النفسي على أنها نوع من التوق إلى الأبوة والأمومة المثالية التي يتمناها كل إنسان.

على كلٍ علينا نحن أطباء النفس أن ننتبه، فالتفكير على المنوال المضخم الذي ذكرت ليس دائماً على هذه الصورة، فهناك الجانب الآخر والأهم والذي يتضمن النظرة إلى الطب النفسي والعلوم النفسية على أنها صعبة ومعقدة ومبهمة إلى درجة مرعبة، وتؤدي بمن يرتاد هذه العلوم إلى المزيد من العقد النفسية...

يتبلور ذلك من خلال عدد غير قليل من الأعمال الفنية السينمائية والتلفزيونية خاصة العربية في النصف الثاني من القرن الماضي التي أظهرت الطبيب النفسي على أنه يملك الكثير من المس في عقله، ولهذا فهو موضع شك وعدم ثقة، وما الخشية من مراجعة عيادة نفسية وعدم الإذعان للطبيب في التعليمات العلاجية وانتقاده إلا من الرواسب المتبقية لهذه النظرة.

مع ذلك يجب الانتباه إلى أمر هام وهو عدد الحالات التي يعالجها الطبيب النفسي يومياً في بلادنا العربية خاصة، إذ لا يلتزم الطبيب بعدد محدد من الحالات وربما لا يستطيع ذلك نتيجة ضغط المواعيد والمرضى وضغوط الحياة والمعيشة وغير ذلك... وكذلك فترة الراحة والإجازة المنتظمة وعدد سنوات خدمته في هذا الاختصاص هو على الغالب غير قابل للتحديد بدقة في بلادنا لعوامل عدة لستُ في مجال شرحها، ولكن كل ذلك له أن يؤثر سلباً على نفسية الطبيب، وفي معظم البلاد المتطورة يتقاعد الطبيب النفسي بسن مبكرة من العمل العيادي إذ لا تتجاوز سنوات خدمته عقداً ونصف من الزمن، ولا يمكن أن تصل العقدين، ليتفرغ بعدها للبحث العلمي.

على كل أداة الطبيب النفسي الأساسية **الكلمة** وهي قبل كل شيء إشارة صوتية تحمل شكلاً ومضموناً ومعنى محدداً، وهي تحمل بين طياتها كل المشاعر من فرح وغضب وانفعال وحزن و... الخ.

وفي أحدث الأبحاث النفسية العالمية المعاصرة انطلق علم جديد له أسسه وقواعده ونظرياته، ويعتمد بشكل أساسي على **الكلمة** وتحليل نبرة الصوت وتوترها وتواترها بحيث يحدد شكل وعمر وملامح ووزن وطول وطباع وشخصية وحتى نفسية وأمراض صاحب هذا الصوت أو الكلمات. وتجاوزت هذه الأبحاث ذلك حيث يعتقد أن صوت وحديث كل إنسان يميزه بذاته كالبصمة وحتى بعد وفاته يمكن جمع الكثير عن نشاطه وسلوكه وحياته وأقواله وأفعاله من خلال تجميع وتحليل الذبذبات الكهرمغناطيسية لصوته الموجودة في الهواء المحيط بنا في الغلاف الجوي للكرة الأرضية، وكذلك الأماكن التي وجد فيها وتنقل بينها من خلال صوته ومجاله الإشعاعي والكهرمغناطيسي، وللوهلة الأولى يبدو هذا ضرباً من المستحيل لكن النتائج التي توصل لها العلماء تدعو للتفاؤل الكبير، ويجب أن نتذكر أن لا مستحيل تحت وجه الشمس.

على كلٍ يمكنني القول من خلال معارفنا الحالية أن الفلاسفة اختلفوا بقياس الكلمة من الناحية العلاجية.. لكن الأجمل ما قاله عظماء الفلسفة **سقراط وأفلاطون وارسطو.. فسقراط** الأب الشرعي للفلسفة الإغريقية يعتبر أن الطبيب يحصل على التغيير الذي يسعى لإحداثه في مريضه عن طريق الدواء بينما الفيلسوف الصوفي يفعل ذلك عن طريق الكلمة.. ويُعتبر سقراط طبيباً للروح، ومحاوراته هي نوع من أنواع العلاج النفسي.. وفي المحاورات التي أجراها **افلاطون** على لسان **سقراط** (محاورة *Apology*) يذكر بأن الروح هي الجزء الخالد من الإنسان، أما الجسد فإنه مجرد لباس وأداة للروح، وهذا هو الجزء الفاني من الإنسان.

يقول **افلاطون** على لسان **سقراط** في كتاب **جمهورية افلاطون**: (من غير الصحيح أن الجسم السليم يكفي لخلق عقل سليم لكن العقل السليم فيه قوة من ذاته لكي يجعل الجسم سليماً..) وأنوه إلى أن **سقراط** هو أول من استخدم **الحوار** كأسلوب في العلاج النفسي.

افلاطون رأى أن الكلمة الموحية يعبر عنها من خلال الأثر المؤدي إلى حالة من التوازن في الحياة النفسية التي تشمل: "المعتقدات، والمشاعر، والعواطف،

والدوافع، والمعرفة، والأفكار، و... الخ". وهو الرائد الأول بمفهوم الصحة العقلية الذي طرحه من خلال رأيه بأن **الصحة هي حالة توازن بين الجسم والعقل..** وهو أول من تحدث عن تقسيمات النفس البشرية وقسمها إلى ثلاثة أجزاء:

الجزء الأول: ويدعى **النفس العاقلة**، مقرها الرأس، ميزتها العقل، وفضيلتها الحكمة، ورذيلتها الحماقة. والجزء الثاني: ويدعى **النفس العاطفية**، مقرها الصدر، وفضيلتها الشجاعة، ورذيلتها الجبن. والجزء الثالث: **النفس الشهوانية**، مقرها البطن، وفضيلتها العفة، ورذيلتها الفجور. ويعتبر **أفلاطون** أن النفس العاقلة في صراع مع النفس الشهوانية أما النفس العاطفية فهي تميل إلى أحد طرفي هذا الصراع.

ودعا إلى الحوار السقراطي بين الطبيب والمريض، وهو أول من أوصى بالعلاج الموسيقي، واعتبر أن **العلاج الدوائي في الأمراض النفسية والعقلية عقيم** وغير مفيد، وهو مؤذٍ للمريض.

يُعتبر **أفلاطون** المؤسس الأول للعلاج النفسي، كما يعتبر أول من صنّف الأمراض العقلية والنفسية في التاريخ (وصفه لأنواع الجنون الأربعة)، كما أنه أول من وضع القواعد القانونية والأنظمة الإنسانية للتعامل مع حالات المريض العقلي أو ما يعرف في عصرنا الحاضر بالطب النفسي الشرعي. ومن هذه القواعد:

1. المرضى العقليون ذوو السلوك العدواني (ما يدعى الآن الشخصية المعادية للمجتمع) يُحكم عليهم من القاضي بالبقاء في مؤسسة إصلاحية لمدة أقلها خمس سنوات مع تحديد اتصالهم بالمجتمع إلى الحدود الدنيا، ثم يطلق سراح من تحسن سلوكه خلال فترة حجزه، وإلا فإنه يُعدم.
2. يحجز مرضى الخلل العقلي برعاية آمنة من ذويهم، ويعاقب الراعي لهم إن أهمل رعايتهم.

3. قواعد وأسس يجب اتباعها لتقدير كفاءة المريض على الزواج، وكذلك الوصاية، وما إلى ذلك من أنظمة ...

والفيلسوف **ارسطو** كرّس إحدى أطروحاته في موضوع البلاغة لبحث فعل **الكلمة المقنعة** وكيفية استعمالها.. وكان من رأيه أن أهم وسائل الإقناع هي **شخصية المتكلم**. وأنوه إلى أن هذا الفيلسوف العظيم هو أول من أوجد مصطلح الإفضاء والفضفضة **(التنفيس)** واعتبره العامل المنفّس (المفضي) الذي ينفس المريض (يفضفض) عن غضبه أو همومه أو إزعاجاته أو منغصاته أو مشكلاته أو ... الخ. وهو أيضاً ما تحدثه بعض الكلمات والتعابير في سامعها وأعطى مثالاً على ذلك ما يحدث من تأثير على المرء عند سماع بعض الأشعار التراجيدية.. وأكد على الراحة النفسية ورفع المعنويات التي تولدها الكلمة وعملية الفضفضة (التنفيس). وهذا ما حرّفه **سيغموند فرويد**، وادعى بأنه من ابتداعه واستخدمه على أنه اكتشافه المذهل في تحليله النفسي.

من المفيد أن أنوه إلى أن الكلمة لم تزل إلى الآن أداة التشخيص الأولى ولا أبالغ إذا قلت إنها الأهم في كل أنواع الفحص النفسي والاختبارات النفسية من خلال الحوار الذي يجري بين المعالج النفسي والمريض.

وأود لفت النظر إلى أمر هام فبعض المرضى ممن يراجعني وهو قلق من خلال سؤاله الذي يطرحه عليّ عن إيمانه بتأثير **الخرزة الزرقاء والحجابات وما شابه.** ودائماً أؤكد أن المرء يسعى إلى الاطمئنان بكل الطرق والسبل التي يمكن أن تعطيه نتائج تريح فكره وذهنه وتنقص من القلق الذي يحيا فيه. فعندما يراجع المريض طبيباً مرة واثنتين وثلاث ولا يجد الفائدة المرجوة عنده.. فمن البديهي أن يسعى المريض إلى طبيب آخر.. أما عندما يجد المريض الفائدة المرجوة عند طبيبه فمن البديهي أيضاً استمرار هذا المريض في طلب استشارة طبيبه في كل أمر صحي يتعلق به.. عدا عن ذلك في أي أمر في الحياة الإنسانية عندما نزور شخصاً ما مرة واثنتين وثلاثاً.. ولا تلبى حاجتنا عنده.. فمن الطبيعي أن نبتعد في طلب حاجتنا منه.. وعندما نطلب حاجتنا من شيء ما أيّاً كان ويلبي لنا حاجتنا حكماً سنلجأ إليه عندما نحتاجه لاحقاً.

ولنتذكر أن الإنسان الطبيعي يحيا جزء من حياته بشكل غير منطقي لكنه طبيعي، أو ليس الحلم جزء من حياتنا لكنه جزء غير خاضع لإرادتنا؟! وما يحدث مع المريض هو نوع من الحلم لكنه يعيشه بكل أبعاده بواقعية، وهذا هو الفرق بين الطبيعي وغير الطبيعي، فالحلم هو نوع من الجنون المشروع لكل إنسان، لكن العقل هنا يحتوي هذا النوع من الجنون. أما الفصام (وهو مرض ذهاني) فهو نوع من الجنون غير المشروع إذ إن الجنون هنا هو الذي يحتوي العقل، وهذا بدقة ما نسميه الحالة المرضية أو الفصام.

من خلال دراستي واطلاعي لم أجد مرجعاً عربياً يشرح تقنية إجراء الفحص النفسي والتقييم العقلي، مع العلم أن هناك نقص واضح في هذا المضمار حتى في المراجع العالمية. من هنا كان كتيّبي هذا **فكرة وجيزة عن الفحص النفسي والعقلي** ليعطي شرحاً مختصراً ومقتضباً لكيفية إجراء هذه التقنية وتقييم المريض، ولقد قسمتُ هذا الكتيّب إلى ثلاثة أقسام رئيسة، عرضتُ في القسم الأول الطريقة العربية للفحص والتقييم النفسي والعقلي، وفي القسم الثاني المبادئ الأساسية العالمية للتقييم العقلي والنفسي، وفي القسم الثالث الطريقة الأميركية للتقييم العقلي والنفسي، ليستفيد من هذا الكتيّب كل طبيب ومعالج نفسي، وطلبة الطب والتربية وعلم النفس وعلم الاجتماع وكل مهتم بالعلوم النفسية إضافة إلى المريض النفسي الذي لولاه لما كان هذا الاختصاص أصلاً.

أشكر بحرارة كل من له أيدٍ بيضاء في هذا العمل، ولكل من شارك برأي أو جهد.. وإنني ممتن لكل من المحامية **سلمى سلمان** والأستاذة **ليلى الصواف** والآنسة **سلمى القدور** على جهودهم الكبيرة..

كما أنني مدين للأستاذة القديرة وخبيرة اللغة العربية السيدة **حياة سليمان** التي تولت التدقيق اللغوي.. والصديق الصحفي **حسن حسن** الذي تولى متابعة الأعمال الإدارية لهذا العمل.

أخيراً إن المرء يسعى بصورة متواصلة لفهم نفسه.. متلمساً عمق المعاناة الإنسانية.. ومهمة الطبيب النفسي محاولة التخفيف من عمق هذه المعاناة بشتى الوسائل والطرق العلمية.

وعلى الرغم من العقلانية العلمية التي وصلت البشرية إليها ونحن في مطلع القرن الحادي والعشرين، فإنّ الإنسان المعاصر يتجه إلى اللا عقلانية في الكثير من سلوكه وأوجه حياته وتكيفه، وفي تعامله مع نفسه ومع محيطه، وهو بذلك يتجه أكثر فأكثر لتعقيد حياته النفسية زيادة على معضلاتها وتعقيداتها المادية. وكل ما أخشاه أن يصل المرء إلى درجة من التعقيد لا تنفع معها أية معالجة نفسية أو غير نفسية معروفة أو يمكن أن تعرف مع الزمن..

ولنتذكر.. أن **الطبيب خُلق ليُعالِج لا ليُحاكِم**.. فكلنا بشر.. نخطئ ونصيب ونرتكب الحماقات.. فمن منّا معصومٌ وبلا خطيئة... ولكن إذا غفر الله للإنسان أخطاءه.. فهل يغفرها جهازه العصبي.. ؟!..

وكلي أمل أن أكون قد وفقت لتقدم ما هو جدير بالزمن الذي سيبدد أثناء قراءة هذا الكتاب...

أ.د. عبد الرحمن ابراهيم

بيروت 12 أيلول 2003

فكرة وجيزة عن
الطريقة العربية
للفحص النفسي والعقلي

الطريقة العربية
للفحص النفسي والعقلي

مقدمة

التشخيص الصحيح في الطب عامةً يعتمد على عناية فائقة بأخذ القصة المرضية وفحص طبي شامل ودقيق.. وفي الطب النفسي يختلف الأمر عن بقية فروع الطب.. فالمقابلة لا تستخدم فقط لجمع المعلومات والقصة المرضية للمريض.. بل ولنبش المعلومات وجعل المريض يفتح صدره للطبيب.. وهذا يعتمد على مهارة فائقة وتدريب لسنوات عدة ليصبح الطبيب قادراً على أخذ المعلومات اللازمة والوصول إلى تشخيص صحيح ودقيق، ومن ثم معالجة مريضه بشكل فعّال وناجح.

وللوصول إلى فحص نفسي كامل لا بدّ من اللجوء إلى:

- **القصة السريرية.**
- **الفحص العقلي.**
- **فحص المرضى غير المتجاوبين (المذهولين).**
- **استقصاءات خاصة (اختبارات الوظيفة النفسية).**
- **الوظيفة الحالية والحالة البيولوجية للمريض النفسي.**
- **الإذعان.**

أولاً: طلب الفحص النفسي

طلب استشارة يكون من:

1. المريض نفسه.
2. أهل المريض وأسرته.
3. السلطات.

ثانياً: خطوات الفحص النفسي

1. الاتصال بين الطبيب والمريض

1) توقعات المريض

لدى المريض توقعات متعددة عن طبيبه، وأهمها بأنه ذو فائدة له، وبأن لديه معرفة عن المشكلة التي يعاني منها وطرق وأساليب حلها، ويتوقع المريض من طبيبه أن يشركه في تشخيص وعلاج مرضه، ويجب الانتباه إلى أن علاقة المريض بطبيبه تكون متأثرة بخلفيته الثقافية، وتجاربه في الطفولة والمراهقة ونمط شخصيته، وتجاربه السابقة مع الأطباء وكذلك حالته العاطفية والجسدية.

2) ميزات المريض

أهمها رغبة المريض بالعلاج والشفاء وتعاونه واستمراره ومواظبته، ويلعب كل من المستوى الاجتماعي والثقافي والاقتصادي للمريض وعمله وعمره وذكائه دوراً هاماً في العلاج، وكذلك نمط شخصيته وتكاملها ومقدرته على التحمل، وسماته العاطفية.

3) ميزات الطبيب

إن مميزات الطبيب لها أهمية في التأثير على العلاقة بين الطبيب والمريض. وكذلك الخلفية الثقافية للطبيب وجنسه وعمره تؤثر في تفاعل المريض معه، ولينتبه الأطباء الصغار في السن والذين يبدون أمام المرضى كأنهم أطفال إلى أن

قوة دور الطبيب تغيّر هذه النظرة المبدئية. فشخصية المعالج تلعب دوراً في تحقيق الهدف العلاجي، والتواصل والثقة أساس نجاح العلاج، ومقولة **يونغ** "لا أهمية لأي تقنية علاجية نستعملها". مقبولة والمسألة ليست مسألة تقنية علاجية، فالحقيقة أن شخصية الطبيب لها الأهمية العظمى في هذا الأمر سواء أدرك ذلك أو لم يدركه.

وللمعالج خصائص وسمات يجب أن يتمتع بها أهمها سلوكه العام وعدم ارتباط اسمه بالممارسات العبثية في الحياة، وعدم معاناته من حالات نفسية أو عقلية تفقده التكامل اللازم لشخصيته ومقدرته على بث الثقة في مريضه، وقدرته على حمل اهتمامه وتكريسه للجهد في سبيله، والرغبة في معاونته للوصول إلى الشفاء.

من الخصائص التي يجب على المعالج التحلي بها مقدرته على الموضوعية والأمانة والصبر والاستقامة وحسن الخلق والطهارة والعفة والإبداع والإدراك والتعاطف الحيادي وضبط ردود الأفعال والإنسانية والالتزام والتحرر العاطفي واللباقة والدماثة والقدرة على الاحترام. وفي العملية العلاجية على المعالج استخدام الأسلوب العلاجي الفعّال والاندفاع المعتدل نحو المريض والاهتمام الشديد بالحالة المرضية والكشف عن أسبابها، والصدق والصراحة مع المريض.

يجب أن ينتبه المعالج بأن لا يتجاوز الحدود المعقولة في علاقته أو تعاطفه مع المريض، وهذا يفرض عليه عدم قيام أي اتصال اجتماعي أو عاطفي أو جنسي بينه وبين مريضه. وخبراء العلاج التحليلي أدركوا إمكانية حدوث هذه الأمور، وعبروا عنها بالإنقال (الإسقاط) من المريض للمعالج والإنقال المعاكس (الإسقاط المعاكس) من المعالج للمريض.

والجدير ذكره أن المعالج النفسي في الشرق يعتمد على شخصيته وعلى مقدرته في إشاعة جو علاجي معين، أما المعالج النفسي في الغرب فيعتمد على المحتوى الكلامي المتناقل بينه وبين مريضه.

4) العلاقة العلاجية

العلاقة بين المعالج والمريض ذات أهمية خاصة في المبادئ الشائعة للمعالجة النفسية ويمكن تحديد الملامح الخاصة لهذه العلاقة العلاجية باصطلاحات مختلفة والمفاهيم النفسية التالية تعطي فكرة عن هذه الطبيعة الخاصة لتلك العلاقة:

أ. **الانسجام:** ويقصد به التآلف والتعاون والتجاوب المتبادل الذي يعزز ثقة المريض بالمعالج، ويجب تمييز هذا المفهوم عن مفهوم الإنقال الذي يعتبر عملية غير واعية. والانسجام هو الوسيلة الفعّالة والوحيدة التي يملكها المعالج، حتى ذهب البعض إلى تسميته بالتحالف العلاجي الذي يشمل المظاهر الواعية والعقلانية الأولية للعلاقة العلاجية، أي عبارة عن اتفاق متبادل للعمل من أجل هدف علاجي.

على كلٍ الانسجام هام في أي علاقة علاجية بغض النظر عن سبب العلاج سواء كان المريض يعالج من مرض نفسي أو جسدي. والسرية (السر المهني) عنصر أساسي في العلاقة العلاجية مهما كان نموذج المعالجة المتبع، وفي أي علاقة طبية ولأي اختصاص.

ب. **الإنقال:** هو ارتباط المريض اللاواعي مع المعالج بمواقف تعود إلى شخصيات هامة في باكورة حياته خاصة الآباء، وقد يكون الإنقال شديداً بحيث يؤدي إلى ظهور ما يسمى **بعصاب الإنقال** ***transference neurosis*** وهو الحالة التي تشكل فيها مشاعر المريض ومواقفه في باكورة حياته معظم مشاعره نحو طبيبه. وعلى المعالج الانتباه فالتقييم العالي والمثـــالي من قبل المريض تجاهه قد يولد المشاعر الجنسية لمريضه نحوه، والعداء اللا شعوري من قبل المريض تجاه الطبيب قد يؤدي إلى الخطأ في استعمال المداواة والسلوك المعارض بشكل عام وإلى الخيبة والشعور بالامتعاض والغضب وردود فعل سلبية لإخفاق ثقته وتوقعاته بالمعالج.

ج. **الإنقال المعاكس:** هو الارتكاس العاطفي الواعي أو اللاواعي للمعالج نحو مريضه. ويظهر عندما يشعر المعالج بالذنب حين لا يستطيع مساعدة

مريضه في علاجه أو أن يملك شعوراً خاصاً نحو المرضى الذين يذكرونه بالأقارب والأصدقاء.

ردود فعل المعالج هذه قد تسبب ميله للتخفيف من شدة مرض الأصدقاء والأقارب. ويجب أن ينتبه المعالج إلى المشاعر المتولدة من صراعاته الداخلية والتي تغدو شديدة في بعض الأحيان وتتداخل في تفهمه لمريضه. ويمكن استخدام مفهوم الإنقال المعاكس تشخيصاً وعلاجاً في بعض الحالات، فعلى سبيل المثال "قد تتحرض الهيوجية أو العدائية عند المعالج من الخوف عند مريضه، فإذا كان المعالج مدركاً للإنقال المعاكس فإنه يساعد مريضه بشكل مباشر وأكثر دقة لتحديد صراعاته الداخلية وتمييز الخوف وحل المشكلات الكامنة وراءه..". وعموماً على المعالج تمييز أية مشاعر إنقال معاكس لديه، مع العلم بأن المشاعر السلبية والإيجابية موجودة في كل من الإنقال والإنقال المعاكس.

د. **المقاومة**: تنشأ من القوى الواعية أو غير الواعية عند المريض التي تعارض استحضار المادة المكبوتة (الموجودة في اللاوعي) إلى الوعي. وهذا المفهوم يمثل حثاً للدفاعات الداخلية على مقاومة المعالجة. والمقاومة تصادف في كل أشكال المعالجة، لكنها تتجلى بشكل خاص في المعالجة النفسية الفردية. وعلى المعالج تجاه أية حالة تواجهه أن يقرر فيما إذا كان سيترك مقاومة مريضه على حالها، أم أنه سيسعى إلى إنقاصها. على كلٍ تؤثر عدة متغيرات في نتائج المعالجة النفسية، وتعتبر شخصية طبيب المعالجة النفسية الفردية العامل الأهم، لأنها تؤثر على علاقته مع مريضه.

هـ. **الطريقة العلاجية**: يجب أن تتناسب مع مقدرة المريض على المساهمة فيها فكرياً وعاطفياً وجسمياً، ويجب أن تكون تقنيتها ضمن حدود طاقته. ويجب النظر إلى كل مريض نفسي بأنه حالة خاصة، تُختار له الطريقة التي توافق خصائصه الفريدة ومتطلبات حالته المرضية، وبشكل يلائم كل دور من أدوار مرضه.

5) الممارسة الطبية النفسية

يجب أن نتذكر أن معظم العائلات تعالج مرضاها النفسيين في المنزل بطرق علاجية عادية ومتنوعة، وحوالي الثلث فقط ممن يشكو من أعراض مرضية نفسية يزور الأطباء. لكن حوادث الحياة المليئة بالتوتر ترجح زيادة الطلب على المساعدة الطبية والنفسية. مع العلم يجب الانتباه إلى أن العلاقة قوية جداً بين المرض النفسي والمرض الجسدي، ونسبة المرضى والوفيات هي أعلى بكثير عند المرضى النفسيين. وأذّكر بأن معظم المرضى المصابين بمرض مزمن يظهر لديهم التذمر من العلاج، ولكنهم في النهاية يبحثون عن العلاج، بشكل متكرر.

6) نتيجة

يساهم كل من المريض والمعالج في التجربة العلاجية، ولدى المريض حاجة مُدركة للتغيير، ولا بدّ أن تترافق مع عنصر الحافز والدافع للتغيير وترقب المساعدة للقيام بذلك. ويجب على المعالج تذكّر عدة أشياء:

❶ **معرفة العلاقة:** وتتضمن التدريب والانضباط الكافي والقدرة على الفهم.

❷ **الموضوعية:** ويقصد بها الحياد العادل بحيث يسمح للمريض بالاستقلال والتعبير عن نفسه.

❸ **التوحد العاطفي:** أي فهم المعالج للمريض بشكل جيد.. الاستقامة والكمال..

❹ **التحرر العاطفي:** ويتم ذلك عادة بالإفصاح.

❺ **التعلم المعرفي:** كل معالج نفسي بغض النظر عن توجهه، يعبر عن الأهداف العلاجية، ويعرض بطريقة ما شرحاً لكيفية حدوث التغيير..

❻ **الأشراط:** نجد في جميع أشكال المعالجة وبغض النظر عن توجهها بعض عناصر الأشراط حتى ولو كانت تلك العناصر خفيفة وضمنية، فعلى سبيل المثال "يعبر المعالج عن مجموعة محددة من القيم ويعبر عما هو مرضي وغير مرضي..".

❼ **التمثل**: ويقصد به التعلم الاجتماعي أو التقولب.

❽ **الإيحاء**: إن المبادئ المقترحة والمقنعة إما أن تكون ضمنية كافية أو واضحة جلية في جميع أشكال المعالجة.

❾ **اختبار الواقع**: يشار إليه بإجراء بروفات أو ممارسة الشخص لطرق جديدة من التدبير تعلّمها أثناء المعالجة.

2. القصة السريرية

1) هدفها

إن الهدف من القصة السريرية هو الحصول على معلومات أساسية عن المريض لتحديد إلى أي مدى يمكن الاعتماد عليه، وللتعرف على شكوى المريض الرئيسة ولإنشاء علاقة تآلف مع المريض. وكذلك تستخدم للحصول على قصة المرض الحالي والتاريخ الطبي السابق والتاريخ الطبي العائلي ولمعرفة أسباب المرض وتشخيصه وعلاجه.

ومن خلال الاطلاع على القصة المرضية فإن بياناً كاملاً بالأعراض يتم الحصول عليه: "كبداية المرض ونوعه وشدته والعوامل المعجلة لظهوره والعوامل التي تزيد من الأعراض أو تنقص منها والتبدلات مع الزمن والعلاج السابق..".

وبما أن الشدَّة أو الإجهاد له تأثير خطر على الصحة فمن الضروري التعرف على عوامله الرئيسة في حياة المريض، وذلك بالحصول على معلومات تتعلق: "بالأسرة والبيت وتاريخ النشاط الجنسي والغذاء والنشاطات والحياة الاجتماعية ...".

وعندما يكتمل هذا الاستقصاء، على المعالج أن يعطي صورة دقيقة عن تطور المرض وتأثيره على المريض وكيفية تكيف المريض مع مرضه ومع الحياة. ووجود التأثيرات الوراثية والعائلية على شخصية المريض ومرضه وأن يصف تطور المرض عبر طفولته وإلى سن الرشد، ويجب أن يزودنا بدلائل عن تكيف المريض مع مدرسته وعمله وزواجه وكذلك مع المجتمع.

2) المقابلة

تعتبر المقابلة عظيمة الأهمية لأنها أساس البحث والمعالجة، ويستطيع الطبيب من خلالها أن يظهر فن وعلم الطب النفسي بأكمل صورة..

الهدف من المقابلة: هو جمع المعلومات والمعالجة في نفس الوقت... وتطوير العلاقة بين المريض وطبيبه. وألفت النظر إلى أهمية نمط أثاث غرفة المقابلة، فالمريض يجب أن لا يشعر بأنه أدنى أو أنه صغير لوجود مكتب ضخم يفصل بينه وبين الطبيب.

يجب أن يعطي الطبيب الوقت الكافي للمقابلة دون أي انقطاع أو إزعاج خارجي. ويجب أن يكون كلٌ من الطبيب والمريض مرتاحاً ومسترخياً. وعادة يكون المريض قلقاً وخائفاً عند قدومه للمقابلة النفسية، لذا وجب بث الطمأنينة في نفسه، ويجب عند الضرورة أن يترك الطبيب مقعده ليستقبل المريض بنفسه ويصافحه، والمصافحة غالباً ما تكون مساعدة في الترحيب وبث الطمأنينة في نفس المريض.

وعلى الطبيب أن يضع كرسي المريض بوضع مريح.. وينتظره...ثم يجلس بعده..

وعليه أن يتخذ وضعية الاستماع والتلقي.. وأن يتلافى مقاطعة المريض في المراحل الأولى على الأقل. ويجب على الطبيب ألا يشعر بالاهتمام فقط، بل عليه أيضاً أن يظهر ذلك بوضوح للمريض وأن يكون ودوداً ومتقبلاً للأمور. وألا يعطي انطباعاً بأنه على عجلة من أمره. ويفضل ترك كتابة الملاحظات لما بعد المقابلة، لأنها غالباً ما تصد المريض عن الكلام وتتعارض مع ترسيخ علاقة جيدة بين الطبيب والمريض. وعليه أن يكون مرتاحاً ومرناً حين أخذ القصة المرضية. وحين إجراء المقابلة مع المريض من الضروري أن يضع خطة بذهنه، كي يتأكد من عدم إغفال نقاط هامة. مع العلم بأن سير المقابلة يعتمد في معظمه على ما يقوله المريض في البدء، ومن ثم يدع الطبيب الأمور تجري على نحو طبيعي.

يجب تحاشي الأسئلة التي يرد عليها بـــ (نعم أو لا) وكذلك الأسئلة التي تُوجه المريض، وكلما كان الســـؤال أوسـع كان أفضل لأن هذا يتيح للمريض فرصة الإجابة عليه كما يريد دون تقييد أو إعاقة، ويتيح الفرصة الأفضل للحصول على حقائق مناسبة وهامة.

المقابلة عبارة عن عملية ذات شقين، إذ على الطبيب أن يظهر اهتمامه بإيماءة من رأسه وبتعليقات مثل (بالتأكيد، طبعاً،..). وعليه أن يتخذ وضعية الإنسان الودود ويسلك سلوكه، لأن ذلك أهم بكثير من كلمات معينة... مختارة... يقولها للمريض. وإذا كانت هناك لحظات صمت من المريض فعلى الطبيب أن يظهر اهتماماً أكبر. فيميل للأمام ويكرر الحديث، لأن كل هذا كفيل بالتخلص من لحظات الصمت هذه، وعليه أن يشجع على التعبيرات العاطفية، وكذلك يجب أن توجه المقابلة نحو طرح مواضيع وثيقة الصلة بحالة المريض وهمومه، ويشجع على ذلك بإظهار اهتمام أكبر ولفظ تعليقات مناسبة. أما تلك التي لا علاقة لها بحالة المريض وغير الهامة فلا يشجع عليها، وذلك بإبداء اهتمام أقل بها.

ويجب ملاحظة تعبيرات وجه المريض بدقة، وكذلك تغيرات لونه والتردد أو التهرب من موضوع ما، سكوته المفاجئ، ازدياد سرعة حديثه، دفاعه أو حكمه. ويجب تأكيد النقاط التي يذكرها المريض، لكي يعلم أن الطبيب يفهم مشاعره مع إعادة صياغتها، وذلك لتعزيز فهمه وبيان ألفته مع المريض.

تنويه: الجلوس عند مقابلة المريض

يجب علينا أن ننسى الطريقة التي تعلمناها في الجامعات الكبيرة، وأن نبدأ خبرتنا بعنايـــة المريض بأنفسنا، وعلينا عدم السماح لانتشار التقنيات المعاصرة أو التي ستظهر وتنوع المهارات أن تكون بيننا وبين المريض، وحتى في الأماكن الفارغة نستطيع أن نحصل على مقابلة غنية وإيجابية تعود إلى كل من المريض والمحيطين به من أقربائه والطبيب. وبشكل عام فإنّ جلوسنا يجب أن يكون مريحاً بالنسبة لنا، مع عدم ترك مسافة واسعة بيننا وبين المريض. ويجب أن نحرص على

أن تكون الألوان غير داكنة وأن تكون الكراسي مريحة، ويجب الحرص على ألا يكون بيننا وبين المريض مقاعد أو طاولات، ومن الأفضل أن نضع ساعة خلف كرسي المريض بحيث نستطيع أن نراقبها بدون أن يشاهدنا المريض، ومنذ اللحظة الأولى ينبغي علينا أن نخفف من قلق المريض، وهذا يحصل من جلوسنا الهادئ وعينينا الثابتتين وصوتنا الهادئ غير العالي.

أ. المهارة والاتصال

التواصل بين المريض والطبيب يؤثر بشكل هام على صحة المريض وتجاوبه مع النصيحة الطبية والكشف عن المشكلات النفسية والعضوية، وزيادة قناعة المريض بطبيبه تتطور بالاتصال الجيد بين المريض والطبيب.

من أهم المهارات التي يجب على الطبيب تعلمها هي كيفية مقابلة مرضاه، وفي المقابلة الأولى يجب عليه أن يزرع الثقة والاطمئنان في نفس المريض، ومن ثم يجب على الطبيب أن يجمع المعلومات الطبية والنفسية والاجتماعية ليحدد مشكلة المريض.

يجب على الطبيب أن يحفظ في ذهنه بعض النقاط:

1. إن الشكل المتصلب للطبيب يحبط قدرة المريض على التواصل معه، بينما تعد تهدئة المريض مع معاملته بشكل غير رسمي أسباباً محققة للثقة المنوطة به.
2. وعلى الطبيب مراقبة كلماته، لأن المريض يبحث عن معاني كل ما يقوله الطبيب، وما يبدو جيداً للطبيب قد لا يبدو كذلك للمريض.
3. يجب مراعاة الارتباك الذهني والعاطفي عند سؤال المريض، وعند نقل المعلومات، والأفضل أن يبدو وجه الطبيب جامداً مع تجنب التفاعل الشديد مع المريض: (الضحك، المضغ، الجفل،...) عندما يقدم المريض المعلومات.

❹ على الطبيب الانتباه إلى أنه في نفس الوقت الذي يفحص فيه المريض يقوم المريض بفحصه أيضاً.

❺ على الطبيب عدم الشك في خبرة المريض فهو يستوعب ما تود نقله إليه، وعلـــى الطبيب الاستماع إلى القصة من المريض نفسه وأن يجيب هو عن الأسئلة، ويمكن أخذ هذه الإجابات أحياناً من الأب أو الزوجة أو...

❻ أفكار المريض قد تكون مهمة، لذلك يجب ترك المريض يسترسل بها.

❼ في الـــبدء على الطبيب أن يسأل أسئلة ذات نهايات مفتوحة مثلاً (كيف تشعر مذ رأيتك لآخر مرة؟) وبعد ذلك تتجمع المعلومات، ومن الضروري أن تكـــون معرفتك دقيقة بالتفصيلات اللازمة، والأكثر خصوصية، ولكن يجـــب تـــرك المريض في البدء يخبر عن القصة كما يعرفها، ويجب تسجيل وصف حالته من الناس المحيطين به والمراقبين له.

❽ يجب أن ينتبه الطبيب إلى أن طريقة استعداده لاستقبال المريض ونوع لباسه تعطيان الانطباع الأول عنه للمريض.

ب. السؤال المفتوح

قد تقود الأسئلة إلى إرباك المريض وعدم فهمه لها، إذا كان الطبيب غير حريص في طرحها، والأسئلة ذات النهاية المفتوحة تدع المجال للمريض أن يحتفظ في مدى إجابته عن السؤال: (إذاً ماذا حدث؟. ما شعورك حيال ذلك؟. هل هناك ما تود قوله؟. هل هناك أي شيء آخر تحب التحدث عنه؟. أخبرني عن...).

أما الأسئلة الموجهة فهي تحديدية وأكثر خطورة: (هل آلمك ذلك كثيراً؟. كان ذلك صعباً أليس كذلك؟.). ونموذج الأسئلة المفتوحة لا تغلق المحاولات الممكنة للمعلومات الهامة، وهي تعطي القليل للمريض وتأخذ الكثير من المعلومات عنه، وتساعد أكثر في إقامة علاقة طبية جيدة. ويجب عدم السماح للمريض أن يفصل أكثر في أشياء لا تمت للقصة المرضية بصلة عندما نسأله أسئلة ذات نهايات مفتوحة، ومن المفضل إخبار المريض عن الزمن المحدد للمقابلة،

وتوجيه المريض بشكل لائق ضرورة لا بدّ منها أحياناً (والآن أخبرني عن...)، ويجب التأكد من أننا قد سألنا جميع الأسئلة الضرورية التي نحتاجها.

يجب استخدام الأسئلة الواضحة وشرح أي كلمة لا يفهمها المريض، ولكن دون استخدام الكلمات التقنية التي يصعب شرحها، والتعامل مع مستوى قدرة المريض على الفهم. ويجب تجنب المراوغة، وملاحقة المعلومات بأسئلة غير معقدة وقصيرة وبلغة مفهومة بحيث تتأقلم مع لغة المريض، وفي حال استخدام المريض عبارة ما لوصف الحادثة استخدم تلك الكلمة كي تستطيع الوصول لمعلومات أكثر، في بعض الأحيان يمكن أن تكون مضطرباً لما يقوله المريض، عندها حدد الاضطراب بجزء من المعلومات، وابدأ بتوضيحه من قبل المريض إذا كان ذلك ممكناً، فقد يكون السبب هو صعوبة عضوية أو نفسية أو ناجمة عن عدم تذكر لما يثير اهتمامك. وإذا أجاب المريض بإشارات لم يقترب من خلالها إلى ما تبغي إليه، عندها كن مرناً بشكل كاف لتوضيح طبيعة ما يصبو إليه المريض على الأقل. وهذا سيجعلك قادراً على استكشاف أمور أكثر. ويجب أن لا نفترض الإجابة الشاملة في كل سؤال يوجه للمريض فيجب الانتباه لمدة الجواب، وعلينا الدقة والمهارة والوضوح ولنذهب إلى أبعد من السؤال عند اللزوم، ولكن ليس بشكل كبير. وإن وقتنا يجبرنا أن نختار كلماتنا بحذر، ومن الأسهل لنا أن نكون مباشـــرين بأسئلتنا، ولننتبه من الوقوع في الشرك حينما يسألنا المريض **النصيحة**، ولنتأكد من استيعابنا لخبرة المريض ووضعه، وعلينا أن نترك قرار المريض حراً من تأثيراتنا، فنحن خبراء صحة نفسية ولسنا كهنة أو واعظين.

ج. تقنيات المقابلة الأساسية

على الطبيب اتباع الخطوات التالية في ظروف مختلفة وأوقات مناسبة:

❶ **التـسـهـيل** *Facilitate*: تـــستخدم من قبل الطبيب لتشجيع المريض على التوسع في الإجابة. مثال: "وعندها ماذا حدث..".

❷ **العكس** *Reflect*: وهو انحراف عن التسهيل يعيد فيه الطبيب إجابات مريضه كي يشجعه على زيادة التفصيل.. مثال: "قلت إن ألمك زاد بعد أن.....". ويمكن هنا استخدام تقنية الصمت ليزيد الطبيب من تجاوب المريض معه "فالصمت دون منازع هو أقل تقنية يمكن التحكم بها".

❸ **التوضيح** *Clarify*: أو ما يدعى بالسؤال المباشر ويستخدم فقط للحصول على معلومات محددة: مثال "ماذا تعني بذلك؟." أو "إلى ماذا تريد أن تشير بدقة".

❹ **التأكيد** *Emphasize*: أو ما يدعى بالدعم من قبل الطبيب بإظهار القبول والفهم لما يقوله المريض. مثال: "يجب أن يكون ذلك تجربة مخيفة لك ...".

❺ **المواجهة** *Confront*: عدم التردد في مناقشة المريض المضطرب، وتوجيه انتباه المريض للتناقضات في إجابته أو لغة جسده. ويمكن للطبيب استخدام المواجهة أيضاً في المقابلة مع المريض إذ يوجه الطبيب انتباه المريض إلى التناقضات في استجاباته أو لغة جسده. مثال: "أنت تشعر بالألم والإزعاج من الظروف التي أدت إلى ....".

❻ **الترجمة** *Interpret*: إعادة ما سمعه الطبيب كي يتأكد من المعنى الذي يقصده المريض.

وعلى الطبيب أثناء لحظات التوتر ***Moments Of Tension*** **الانتباه الشديد والتصرف الحكيم:**

❶ **حب الاستطلاع** *Curiousity about you*: يفضل بعض المرضى الاطلاع على حياتنا الخاصة، ومعظمهم لديه في وقت ما الفضول حول خبراتنا. البعض سوف يسألنا عن أنفسنا، ونحن لسنا مضطرين لإخفاء حياتنا الشخصية فالأجوبة المباشرة غير المفصلة سوف تكون كافية لإشباع فضول المريض، وعلى الطبيب عدم السماح بالتدخل في حياته الشخصية، مثلاً: يمكن للطبيب إجابة مريضه بأنه متزوج، ولكنه ليس مجبراً على إعطاء تفاصيل أخرى عن حياته الزوجية.

- ❷ **الصمت** *Silence*: غالباً نرتبك بالصمت، ويقوم بعضنا بملئه بالثرثرة، فعلينا اللباقة واللطف ومحاولة إنهاء إجابة المريض على الأسئلة ذات النهايات المفتوحة بسؤاله ما الذي يقلقك؟. أو ماذا حدث بعد ذلك؟. ولنتذكر بأن صمت المريض قد يكون له استخدامه (تفكير، تجميع قوى،...) قد يكون لبعض الأمور أثر مؤلم وحساس بحيث يصبح الصمت ضرورياً، ويجب أن يسمح به، ويجب ألاّ نوقفه بشدة. قد تفيض مشاعر المريض فتمتلئ عيناه بالدموع كنوع من الشعور العميق بحيث يصبح من الصعوبة الكلام، فالصمت غالباً مفتاح لكي نخفف من قلق المريض. ويجب أن نكون بطيئين بحيث يمكننا أن نفحص من خلال هذه التعابير طريقتنا في الاقتراب من المريض، فعلينا أن نكون مرتاحين مع الصمت وبإعطائه أسباباً وحدوداً مقبولة.

- ❸ **البكاء** *Crying*: عندما يبكي يجب السماح بذلك حتى يتمالك المريض نفسه ويكون جاهزاً لتلقي السؤال، وإذا شعرنا بأن المريض يحتاج إلى البكاء ولكنه يتغلب عليه علينا منحه ذلك وقبولنا، ولنقدم محرمة (منديل) أو لنقل ببساطة (أعلم بأنك تعاني شعوراً حزيناً.. ومن حقك أن تبكي) وهذه اللحظة تولد علاقة أكثر دفئاً بينك وبين المريض.

- ❹ **لحظات الرحمة** *Compassionate Moments*: يجب أن لا نتردد بالقول إننا نشعر بذلك من أجل المريض أو أننا نأسف لشيء ما قد حدث، وأننا نعلم أن ذلك قد يكون مؤلماً. في بعض الأحيان يمكننا أن نشعر بوضوح الأمر. وأحياناً نتمنى أن نكون قد وصلنا لجعل مشاعر المريض في متناول أيدينا، وعندما نكون غير متأكدين علينا سؤال المريض لكن دون جعله تحت تأثيرنا.

- ❺ **الإغواء** *Seduction*: هناك حدود لتعابيرنا الدالة على الدفء والمودة، وليست كل اللمسات تفسر بمعنى جنسي، والعناق الناجم عن شعور قلبي قد يكون في بعض الأحيان مناسباً مع بقائنا بالتأكيد مهنيين، ويجب أن نسلك سلوكاً مهنياً، ولننتبه فالمريض القلق غير المستقل بشخصيته قد

يستغل الإغواء، وغالباً ما يكون مستعداً لهذا الإجراء، لذلك يجب عدم الوقوع في هذه اللعبة بتاتاً وذلك بكوننا واضحين وأقوياء بحيث ننقل رسالة مباشرة بأن هذه العلاقة عبارة عن علاقة مهنية فحسب، وهذا يتطلب منا مهارة لتعلمه والحفاظ على شرف المريض ورفعته وكذلك شرف المهنة.

6. **الغضب Anger**: إن أكثر المرضى الذين هم بحاجة إلينا هم الذين يكونون غاضبين وعدوانيين، ومن الصعب فهم سبب الغضب والعدوانية. ويمكننا التعامل مع هذا الأمر بتحديه، ومن المناسب أن نقول: (أنا أعلم بأنك غاضب.. أرجو إخباري عن السبب.. فأنا أريد أن أسمعك..). في بعض الحالات قد نكون قلقين بسبب تأخرنا عن مقابلة المريض واعتقادنا بأن ذلك هو السبب، فنحاول أن نطيل الحديث معه أو نزيد من اهتمامنا به، وهذا خطأ جسيم لا مبرر له، وهذا يؤدي لازدياد غضب المريض إذا كان ما نعتقده خاطئاً، لذلك علينا مواجهة الأمر، وإن كان صحيحاً يجب أن نعتذر. أما إذا كان الأمر إيجابياً فسوف ينتهي غضب المريض. وإذا كان المريض يبكي فعلينا أن نعطيه الفرصة ليعبر عن مشاعره.

7. **الخداع Dissemblance**: قد لا يخبرنا المرضى في بعض الحالات القصة كاملة بإخفاء بعض الأمور عن غير قصد أو عن قصد (العته، الكحولية، الأمور الجنسية،...) فعلينا عدم دفع المريض للاعتراف بذلك، وعندما نفكر به لا نتجاهله. وندع المقابلة تمر ثم نعود بشكل لطيف إلى ذلك الأمر بأسئلة مناسبة، ومن المعقول أن نقول: (.. أنا أعتقد أنه بالإمكان التركيز أكثر إذا قلت...) أو (أعتقد بأنك قلق من ما يمكن أن تجد من ذلك...) وعلينا التأكيد... بأن ذلك ضروري.

اعرف نفسك Knowing Your Self

يعتبر هذا الأمر من الأمور الهامة والضرورية حتى تنجح في مهنتك كطبيب نفسي، فيجب أن تفهم ما الذي ينبغي عليك تصرفه في كل حالة وكل مريض،

فقد تسلك سلوكاً مختلفاً باختلاف المريض ومن المفروض أن تدرك لماذا؟ وكيف؟ وكمثال: افترض أن المريض جعلك تغضب فلماذا يكون ذلك؟. وهل هذا يعود إلى خيبة أمل في حياتك؟. أم هو نتيجة لغياب الثقة؟. مهما كان السبب، يجب أن تفهم ذلك قبل أن تغضب أمام المريض وتخل بالعلاقة معه. فمن المحتمل أن يؤدي ذلك إلى توقف المريض عن المتابعة. وهذا الظرف قد يطور شعور المريض بغياب الثقة بشكل واضح أو خفي. وغالباً شعور الغضب أو خيبة الأمل يكون ناجماً عن أمور خارجة عن ظروف اللحظة التي أنت فيها. فمن الطبيعي أن يريد كل منا أن يكون محبوباً من المرضى، ولكننا إذا شعرنا بعدم حدوث ذلك فإننا نخفي درجة ما من العدوانية تجاه هذا المريض حتى إنه من المحتمل عودتك إلى تقنيات غير ملائمة لجعل المرضى يحبونك ولكن يمكنك تحاشي هذه اللحظات الخطرة، إذا عرفت نفسك وسلكت سلوكاً ناضجاً وفعالاً.

د. قوانين عامة تتعلق بالمقابلة

❶ لا تعد المريض بشيء.
❷ كن حيادياً مع المريض.
❸ لا تحث المريض على القيام بعمل ما.
❹ لا تفصح للمريض بشيء.
❺ لا تنصح المريض بشيء.
❻ لا تعد لتطمين المريض إلا بعد بحث وتحقيق دقيقين.
❼ لا تفسر الأمور للمريض، فهذا خطر جداً إلا إذا أعطي في الوقت المناسب.

3) التأمل

سيشرح لاحقاً في فقرة الفحص الحكمي والعقلي.

4) الاستجواب والقصة المرضية

أ. هوية المريض كاملة (الجدول 1 و 2)

(الجدول 1) هوية المريض كاملة

الاسم:	الاسم المستعار:	رقم الإضبارة:
مكان وتاريخ الولادة:	المؤهل العلمي:	العمل:
الهاتف:	الطول:	الوزن:
لون البشرة:	الشعر ولونه الطبيعي:	صباغ الشعر:
لون العيون:	الوضع العائلي:	علامات مميزة كتشوه أو ندب:
الأسرة:	الملامح:	

(الجدول 2) شكل المريض

الرأس:	الجبهة:	الحاجبين:	الوجنتين:
الوجه:	الذقن:	الأذن:	الأنف:
العيون:	الشفاه:	الأسنان:	أصابع الكف:
أصابع القدم:	الشكل العام:	تناسب الجسم:	متفرقات:
الطباع:			
الانطباع:			

القصة: كتابة أو تسجيلاً ...

ب. الشكاية وسبب المراجعة

بعد التحقق من شكوى المريض والصعوبات التي يلاقيها أو إذا لم يكن يشكو من شيء... فيجب البحث عن سبب قدومه. وبعد ذلك يمكن أخذ القصة المرضية الحالية.

ج. سوابق المريض

يجب معرفة الأمراض السابقة، وعند تسجيل هذه القصة المرضية يجب الاهتمام بذكر الحقائق أكثر من مجرد كتابة مصطلحات علمية، مع عدم الخلط بين الحالة النفسية الحالية وتاريخ القصة المرضية.

في أثناء أخذ الشكوى والقصة المرضية يجب تحري تصرفات المريض ومنعكساته لتسجّل فيما بعد تحت عنوان "السلوك العام".

من المهم أيضاً عدم الخلط بين المعلومات الشخصية التي يذكرها المريض والمعلومات الموضوعية التي يجدها الطبيب. فمن غير المرغوب أن يكون القسم الأكبر من سجل المريض مجرد نسخة مما قاله في زياراته للطبيب.

د. السوابق العائلية

يبدأ الطبيب عادة بالوالدين، فيتحرى فيما إذا كانوا أحياء، وهل هم بصحة جيدة أم مرضى؟ وما المرض؟ أم هل هم متوفون وما سبب الوفاة؟.

ومن المهم تقييم المستوى الاجتماعي للعائلة ونشاطاتها العامة. وهل توجد أمراض عائلية؟ وما جو المترل؟ وهل هناك أحداث هامة جرت بين الوالدين أو الأخوة خلال فترة حياة المريض المبكرة؟. وما علاقة المريض بوالديه وأخوته الآخرين؟. ومن الحكمة والتعقل أخذ تاريخ العائلة من شخص آخر إضافة للمريض. فقد نحصل بذلك على معلومات إضافية هامة. كذلك فإنّ أي تناقض برواية أي حادث قد يكون مفيداً في تقييم وفهم المريض والمرض.

هـ. التاريخ الشخصي

يجب التأكد من تاريخ ومكان الولادة.. وما إذا كانت الولادة طبيعية.. أم مديدة..

أم قيصرية.. وهل تمت بمساعدة أدوات طبية (ملقط أو محجم...)؟. وهل كان الوليد خَديجاً.. وصحة الأم أثناء الحمل وبعد الولادة، والأدوية التي تناولتها أثناء الحمل وفي أي فترة منه، وفيما إذا كان الإرضاع والدياً أم صناعياً؟. وهل ربي الطفل عن طريق أمه أو عن طريق شخص آخر؟. وإن كان عن طريق شخص آخر فما الأسباب؟.

و. الطفولة واليفع

يجب معرفة عمر المريض حين بدء ظهور الأسنان... بدء الكلام... المشي... السيطرة على المصرات البولية والغائطية.

ويجب ملاحظة صحته العامة، ووجود أي من العادات العصبية سواء بفترة الطفولة أو اليفع.

في فترة اليفع.. هل توجد عادات عصبية أو نفسية (كحالات الرعب الليلي الشديد، المشي أثناء النوم، ثورات الغضب، سلس بولي، قضم الأظافر، اللعثمة، حالات الخوف، رهاب المدرسة، اعتبار الطفل نموذجياً، داء الرقص، اختلاجات،... الخ)

ز. المدرسة

عمر الطفل عند دخول المدرسة والانتهاء منها... درجة تعلمه، تصرفاته مع الأساتذة وتجاه أعمال المدرسة، والنجاح الذي حصل عليه.

علاقته برفاق المدرسة، وهل كان يلعب معهم ويختلط بهم جيداً؟. أيسيطر عليهم ويستطيع إثبات وجوده أم لا؟.

ح. العمل

عمره حين بدء العمل، ومجالات العمل التي دخلها على أن توضع بجدول مرتب زمنياً مع ذكر التواريخ وأسباب تغيير العمل. (إن وجود سجل عمل سيئ مع تغيير مستمر وغير ملائم في مجالات العمل يدل عادة على شخصية غير متزنة).

ط. الرغبات الجنسية

كيفية تلقي واكتساب الميل الجنسي...، هل يتصنع المريض الحشمة...؟. القلق بشأن العادة السرية... وتواتر ممارستها، الميول الجنسية...، التجارب الجنسية...، وهل هناك إساءة جنسية في الطفولة...؟.

ي. الوظيفة الطمثية عند الأنثى

عمر المريضة حين بدء الطمث.. والتطور الجسدي والنفسي الذي سبق البلوغ الجنسي، والمعلومات التي كانت تلم بها حول البلوغ وارتكاسها تجاهه،... انتظام مدة الطمث، طول الدورة الشهرية، كمية الدم التي تفقدها أثناء الطمث، عسرة الطمث، الشدة قبل الطمث، تاريخ آخر طمث، علامات سن اليأس للمتقدمات في السن،...الخ.

ك. تاريخ الحياة الزوجية

المدة التي تعرف بها المريض على شريك حياته قبل الزواج والخطبة.. ومدى الانسجام فيما بينهما، وفيما إذا كانت العلاقة الجنسية مُرْضِية أم لا؟.. وطرق منع الحمل المستعملة... هل هناك تنظيم للأسرة... وهل هناك صعوبات اقتصادية، أو أسرية، أو عائلية، أو حساسية... مصدر الدخل.. الحالة المعاشية للأسرة وللمريض وعلاقة المريض الشخصية والأسرية بالآخرين.

ل. الأبناء

وضع جدول مرتب زمنياً يتعلق بعدد الأطفال... الإجهاضات.. مع ذكر الأعمار، والأسماء، والجنس... الخ.

م. الاستشارة الزوجية الجنسية

ترتبط الوظيفة الجنسية بأكثر جوانب الحياة حميمية وسرية عند الإنسان، والغالب أن الذكر يمكنه التحدث بحرية مع طبيبه في الأمور الجنسية، أما المرأة فتجد الكثير من الحرج والإرباك في التحدث لطبيبها في هذه الأمور. ولذلك فإن دراسة وظيفتها الجنسية مرهونة بتجاوز مصاعب كثيرة. فهي تتطلب من الطبيب أسلوباً دمثاً لطيفاً وانتباهاً لعدم جرح إحساس الحياء والخجل عند المرأة... وكسب ثقتها. يجب أن يجري الحديث معها دائماً وجهاً لوجه بدون وجود طبيب آخر أو ممرضة أو مساعد في مكتب عيادة الطبيب حصراً (وليس في غرفة المعاينة).

عندما تراجع المريضة طبيبها بسبب اضطراب الوظيفة الجنسية كغياب المتعة والإرضاء الجنسيين مثلاً، فإن الجمع التالي للمعلومات ليس مشكلة كبيرة. فالمرأة التي اتخذت قراراً بالتوجه نحو الطبيب بهذه الشكوى الجنسية تكون قد اعتمدت مسبقاً إجراء الحديث مع الطبيب وبذلك تكون قد تخطت وتخلصت بدرجة كبيرة من تلك الاحساسات المربكة.

لكن حتى في هذه الحالات يجب لفت نظر المرأة المريضة من قبل الطبيب بأنه سوف يتعرض إلى الجانب الحميمي والعاطفي بل والسري جداً لحياتها، وعليه أن يأخذ موافقتها على ذلك. ومع ذلك قد لا يصبح مضمون الحديث كافياً. والبعض من الباحثين يقترح أن لا تتطلب المعاينة إظهار أية وثائق شخصية، وأن يحل اسم مستعار محل الاسم الحقيقي تختاره المريضة نفسها مما يخفف كثيراً من المخاوف... إلا أنني لا أوافق على هذه الاقتراحات وأنظر إليها بكثير من التحفظ... فالطبيب عامة والطبيب النفسي خاصة قبل كل شيء ملتزم بالسر المهني وآداب المهنة والسلوك المتوازن والأخلاق الحميدة والطهارة والشرف والنزاهة والعفة، وإلاّ فلا داعي لأن يكون طبيباً نفسياً على الأقل.

يقترح البعض ملء استمارة قبل الاستشارة لتقدير وضع الحياة الجنسية عند الرجل والمرأة.. وأفضّل أن تملأ الاستمارة من قبل الطبيب نفسه أثناء المقابلة أو طبيبة معاونة أنثى حصراً.

على كلٍ معظم العيادات الجنسية العالمية تحتوي طبيبين على الأقل أحدهما أنثى حكماً، ويوجد ما يسمى بالاستشارة النفسية الجنسية والاستشارة الزوجية ويطبق فيها تقنية الفحص والتقييم الجنسي.. يبدأ الحديث عادة بإيضاح شكوى المريضة وقصة حياتها من الناحية الأسرية والولادات والسوابق المرضية النسائية خاصة، وبعدها يتم الكشف عن الخصائص المميزة للرضوض النفسية والأحاسيس الناجمة عنها، وبعد ذلك يتم الانتقال إلى القصة الجنسية.

يتوقف حجم المعلومات المجموعة على طبيعة شكوى المريضة، فعندما تشكو من اشتداد حاد في الرغبة الجنسية منذ عدة سنوات لا يجوز الغوص في تفاصيل ومجريات الجماع عندها مثلما يحصل في حال الشكوى من اللا إيغافية *anorgasmy*.

عند كل اللواتي يشكين من اضطرابات جنسية يجب إيضاح صفات الأحاسيس الجنسية الأولى وظهور الفضول الجنسي والألعاب والاتصالات التناسلية في الطفولة وطبيعة المعلومات الأولية عن الفروق بين الجنسين والحياة الجنسية، ومصادر المعلومات والتفاعل معها، والتربية الجنسية في الأسرة (متزمتة أو صارمة أو طبيعية أو حرة) ... الخ.

ن. العادات الشخصية

يسأل المريض عن تعاطيه الكحول وأنواعه ومقداره، والدخان المتناول وكميته ونوعه وزمن البدء بتناوله... وحتى المخدرات والأدوية في الوقت الماضي أو في الوقت الراهن.. كميتها وأنواعها وأسباب تناولها وكل ما يتعلق بها وبتناولها بالتفصيل...

ص. التاريخ الطبي

يذكر بالتفصيل الأمراض التي تعرض لها، العمليات الجراحية، الحوادث التي تعرض لها المريض، وذلك بجدول مرتب زمنياً.

ع. الصحة النفسية السابقة

تذكر الأمراض النفسية السابقة التي شكى منها المريض في حال وجودها، وفيما إذا كان هناك محاولة لإجراء مراقبة طبية لها أو معالجتها من قبل طبيب عام أو اختصاصي داخل أو خارج المشفى. مدة كل مرض مع وصف شامل له، ولمعالجته، كذلك أفراد الأسرة أو العائلة من طرف الأم والأب.

ف. الشخصية

توصف الشخصية قبل بداية الحالة المرضية الحالية، وعلى الطبيب أن يستهدف عرض صورة عن الشخص وليس نوعية، وليعطِ سيرة موضحة وعرضاً تفصيلياً عوضاً عن الاعتماد على سلسلة من النعوت...

(الجدول 3) مختصر القصة السريرية للأمراض النفسية

1	ما قبل الولادة	هل كان الطفل مرغوباً في قدومه، هل ثمة مشكلات أثناء الحمل والولادة؟.
2	الطفولة الأولى (منذ الولادة حتى سن الثالثة)	* هل ثمة ذكريات قديمة وأحلام متكررة؟. * هل ثمة مشكلات تتعلق بالتغذية والنوم والتدريب على التغوّط؟. * هل ثمة علاقة مع الأخوة؟. * هل ثمة مربية أو مشرفة غير الأم؟. * الشخصية أثناء الطفولة الأولى: مفرطة النشاط، خجولة، ودية غير متحفظة؟. * إيثار الدور الفاعل أو المنفعل أثناء اللعب؟.
3	الطفولة التالية: (من سن الثالثة حتى سن الحادية عشرة).	* هل ثمة رد فعل على الانفصال الأول عن الأم؟. * نمط الشخصية: ميّالة إلى التوكيد والجزم؟. عدوانية؟، قلقة؟. * تطور مهارات القراءة والمهارات الحركية. * هل ثمة مشكلات في التعلّم؟. * العلاقة مع الأصدقاء في المدرسة: هل هي تابعة، قيادية، أو محبوبة؟. * وجود المخاوف؟، إشعال الحرائق؟، قسوة على الحيوان؟،كوابيس؟، سلس بولي؟. * ما أساليب العقاب المتبعة في المنزل؟.

4	البلوغ حتى المراهقة	* أول ظهور للمشكلات العاطفية مثل: (الوزن، تعاطي المخدرات، الهروب من المدرسة، ... الخ). * الشخصية المثالية من هي؟. * العلاقة مع زملاء الدراسة والمعلمين؟. * المشاركة في الرياضة. * موقف العائلة تجاه الدين؟. * النشاط الجنسي: الاستمناء؟، الافتتان بشخص ما؟. * الشذوذ الجنسي؟، الاعتداء الجنسي؟.
5	مرحلة النضج	* الحياة الاجتماعية وطبيعة العلاقات الإنسانية؟. * تاريخ العمل، العلاقة بالعمل؟. * العلاقات الجنسية؟. * العلاقة مع الأطفال؟.

5) سيرة الحياة

ويمكن تلخيصها بنقاط:

❶ نمو وتطور الطفل

① الطفولة الأولى

② الوسط التربوي العائلي

③ المراحل التالية

④ النضج الغريزي والعاطفي

⑤ النضج الثقافي والمهني

⑥ الزواج

⑦ اهتمامات المريض

❷ السوابق العائلية

① الوراثة

② تركيب العائلة

❸ الحوادث المؤثرة في الحياة (الشدات):

وأشرحها من خلال نقاط ثلاث هي:

1. **شخصية المريض والمرض**: ردود الفعل النفسية للمريض نحو المرض تعتمد على المصادر النفسية للمريض والمصادر الاجتماعية ونمط الشخصية، إذ نجد أن:

- الشخصية الاتكالية تتخوف من البقاء دون مساعدة ولديها الحاجة إلى أحد ليهتم بها، لذا تُطالب بالاهتمام خلال المرض.
- الشخصية السلبية العدوانية ربما تطلب المساعدة من قبل طبيب، ومن ثم لا تذعن لنصائحه وتعليماته.
- الشخصية القهرية تخاف فقد السيطرة، وربما تستجيب بأن تصبح مفرطة في السيطرة خلال المرض.
- الشخصية الهستريائية تخاف من فقد الجاذبية، وربما تصبح استعراضية وذات مزاج متقلب أثناء المرض.
- الشخصية النرجسية إدراكها بصورتها المتكاملة عن نفسها تتهدد أثناء المرض والمرضى النرجسيون بما يحملون من أفكار العظمة يطالبون فقط الأطباء البارزين جداً ليقوموا بمعالجتهم.
- الشخصية المازوشية ربما ترى المرض كعقاب لأخطاء حقيقية أو خيالية، وربما تطيل المرض لتتلقى الحب والاهتمام.
- الشخصية الزورية دائما تلوم الآخرين وخاصة الأطباء لمرضهم، ويكونون شديدي الحساسية لنقص الاهتمام والرعاية التي يتلقوها.
- الشخصية الفصامية تصبح قلقة وأكثر انسحابية مع المرض.

2. الشدة والمرض

أ. الاضطرابات النفسية الجسدية: عوامل نفسية قد تسبب أو تفاقم اضطرابات جسدية (الجدول 4)، والشدات النوعية أو غير النوعية ترافق حدوث الاضطرابات النفسية الجسدية.

(الجدول 4) العوامل النفسية المرافقة للمرض

المرض	مترافق مع العوامل النفسية
السرطان	الانفصال، الفقدان، الإنكار، الكبت
مرضى الشرايين الإكليلية	النموذج (أ) من الشخصيات (التنافسية، القيادية)
قصور القلب الاحتقاني	التفاقم بنتيجة التوتر العاطفي
اضطراب النظم القلبية	التفاقم بنتيجة الرضوض العاطفية
ارتفاع ضغط الدم	منع الغضب
الربو القصبي	مطالب اتكالية شديدة
أمراض انتانية	اكتئاب، غضب، توتر نفسي
قرحة معدية	توتر نفسي وقلق
التهاب كولون قرحي	توتر نفسي
الداء الرثواني	توتر نفسي
ألم أسفل الظهر	التوتر والرضوض النفسية
صداع الشقيقة	الشخصية الوسواسية التوتر
صداع توتري	قلق اكتئابي، التوتر
السكري	توتر نفسي
فرط نشاط الغدة الدرقية	توتر نفسي
اضطراب المناعة	توتر نفسي
السمنة	تثبيت في المرحلة الفموية ونكوص
الحكة (إثارة الجلد)	غضب مكبوت وقلق

ب. تأثيرات الشدة على الجسم: وصف *Hans Silly* مراحل استجابة الجسد للشدة بمتلازمة التكيف العام، وتتضمن هذه المتلازمة أولاً التفاعل الإنذاري، ثم يتبع بالتكيف وأخيراً الإنهاك. وكان *Silly* قد أجرى تجارب

الشدة على القردة، فتسببت هذه الشدة بتغيرات عاطفية، وهذه بدورها تقود إلى استجابات تقليدية في الغدد الصم تتميز بالتحرر السريع للهرمون الحاث للأدرينالين القشري ثم الستيروئيدات القشرية التي بدورها تغير مختلف وظائف المناعة، وعادة تسبب تثبيط الاستجابات المناعية، وتثبيط الجهاز المناعي قد ينعكس بضعف وظيفة الخلايا اللمفية وانخفاض استجابات مولدات الانقسام للخلايا اللمفية، والشدة تسبب أيضاً تسرع النبض والتنفس وضغط الدم واستهلاك الجسم للأوكسجين وناقلية الجلد ومقاومته (مقاسة بالاستجابة الجديدة، الغلفانية).

3. الشـدة والحوادث الحياتية

أ. التفاعلات: لقد أثبت الارتباط ما بين شدات الحياة والمرض الجسمي والنفسي، ويجب أن يوجد اتحاد بين العوامل المورثية (الجينية) والعوامل التجريبية كي يتسبب الضغط الخارجي في أمراض نفسية أو جسمية، وإن لكل شخص عتبة معينة بقابلية التأثر بضغط الحياة وقدرة فطرية على تحمله.

ب. الضغوطات السلبية والإيجابية: الحوادث اليومية المؤثرة يمكن أن تكون سلبية وذلك كوفاة أحد الزوجين. ولكن يمكن أن تكون إيجابية كولادة طفل مرتقب، وإن المؤثرات الحياتية قد قُسمت وفقاً لنظام درجة أهميتها إلى 100 نقطة كونها على أعلى مستوى ضغط (جدول 5)، وفي إحدى الدراسات حول 80% من الأشخاص الذين جمعوا /300/ نقطة في سنة واحدة كانت عندهم خطورة حدوث المرض ضمن بضع سنوات قادمة.

(الجدول 5) تقييم شدات الحياة

أحداث الحياة	التقدير الرقمي
موت الشريك	100
الطلاق	73
موت قريب من أفراد العائلة	63
أمراض وأذيات كبيرة	53

أحداث الحياة	التقدير الرقمي
الزواج	50
التقاعد عن العمل	45
ولادة طفل	39
ترك المنزل من قبل الأولاد الشباب	29
تغيير الإقامة	20
إجازة	15
أعياد الميلاد	12

ج. مجموعة الضغوط النفسية بالتصانيف العالمية المعاصرة: تميز هذه التصانيف أهمية الضغوط النفسية الاجتماعية لسوء الوظيفة النفسية، وعموماً هناك تقسيمات للاضطراب النفسي من 6 نقاط لقياس الضغوط النفسية حيث 1 لا يوجد ضغط حتى 6 ضغط مفجع بحسب تأثيرها في تحسين أو تفاقم الاضطراب النفسي، وتقاس مختلف الضغوط النفسية للأطفال والراشدين والمراهقين (الجدول 6).

(الجدول 6) شدات معايير الضغط الاجتماعي

البالغين	الأطفال / المراهقين	الدرجة	الشدة
لا توجد شدة حالية	لا يوجد شدة حالية	1	لا يوجد
طفل يترك البيت	انتقال من المدرسة	2	ضعيف
زواج، انفصال، فقدان الوظيفة، تقاعد، إجهاض	تعطيل مؤقت أو ترك المدرسة ولادة أخ	3	متوسط
طلاق، ولادة أول طفل	طلاق الوالدين، حمل غير مرغوب فيه، مشكلات قانونية مع السلطة	4	خطير
موت أحد الزوجين، مرض جسدي خطير، اغتصاب	الاضطهاد الجنسي أو الجسمي، موت أحد الأبوين	5	بالغ الخطورة
موت طفل، انتحار أحد الزوجين، كارثة طبيعيه ساحقة.	موت كلا الأبوين	6	فاجعي

ثالثاً: كشف الأعراض النفسية والعقلية

لن أدخل في التفاصيل الدقيقة للأعراض النفسية إذ أفردت لها كتيّباً مستقلاً يحمل اسم **فكرة وجيزة عن الأعراض النفسية والعقلية** (تحت الطبع)، وسأكتفي هنا بذكر أهم الأعراض النفسية والعقلية الواجب التحري عنها واستقصاؤها.

أولاً: اضطراب السلوك الظاهر

1. المظهر العام للمريض
   - أ. السحنة وتعبير الوجه.
   - ب. بنية الجسم.
   - ج. الهندام.
   - د. الكلام والنطق.
2. الموقف من الفحص الطبي
3. التصرفات في الحياة اليومية
   - أ. العناية بنظافة الجسم وأجهزة الإفراغ.
   - ب. النوم واليقظة.
   - ج. التصرفات الجنسية والعاطفية.
   - د. اضطرابات الشهية.
   - هـ. الحياة العائلية.
   - ز. السلوك المهني والدراسي.
4. التصرفات الجانحة
   - أ. الشرود والهروب.
   - ب. محاولات الانتحار وإيذاء الذات.

ج. السرقة والميل المرضي للسلب.

د. الاعتداءات الجنسية والأخلاقية.

هـ. إشعال الحرائق المرضي.

و. القتل.

5. اضطرابات النفس حركية

أ. الهياج.

ب. الاندفاع.

ج. الخبل.

د. التخشب.

هـ. العراة

6. اضطرابات الكلام

أ. الحبسة.

ب. الإسهال الكلامي.

ج. الخرس.

د. التكرار المرضي (اللجلجة).

هـ. اضطرابات قواعدية.

ثانياً: حالة الوعي واليقظة

أ. اضطرابات

- كماً

- نوعاً.

ب. التوجه في الزمان والمكان.

ج. الانتباه.

ثالثاً: اضطراب وعي الذات

1. ما يصيب الوعي والإحساس

أ. الإصابات العصبية للفص الجداري.

ب. الإحساس بالطرف الوهمي.

ج. الخوف من بعض أعضاء الجسم.

2. ما يصيب التجربة النفسية

رابعاً: اضطراب الذاكرة

1. عجز الذاكرة

أ. نساوة التثبيت.

ب. نساوة الاسترجاع.

ج. نساوة التثبيت والاسترجاع.

د. النساوة النفسية أو العاطفية.

2. تحرر الذاكرة

أ. احتباس الذاكرة.

ب. احتداد الذاكرة.

3. خداع الذاكرة

خامساً: اضطراب الإدراك

1. التغيرات الكمية في الإدراك

2. الارتكاسات الخاطئة

أ. خداع وتوهمات.

ب. هلوسات

1) الهلوسات النفسية الحواسية

2) الهلوسات النفسية.

- تناذر التأثير.

- لا إرادية التفكير.

3) الهلاس.

سادساً: اضطراب المزاج

1. المزاج الاكتئابي أو الهمودي

2. المزاج المنفتح أو المنبسط

سابعاً: اضطراب التفكير

1. اضطرابات محتوى التفكير

2. اضطرابات محتوى الفكر

أ. الفكرة غير الواقعة.

ب. الأفكار الثابتة.

ج. المخاوف.

د. الوساوس.

هـ. الأفكار الهذيانية (الأوهام)

1) آلية الهذيان.

2) شكل الهذيان.

3) مواضع الهذيان.

ثامناً: اضطراب المحاكمة العقلية

1. سهولة المحاكمة
2. فقر المحاكمة
   - مؤقتة.
   - مترقية.
3. انحراف المحاكمة
   - العقلنة المرضية.
   - خطأ المحاكمة.
   - التفسير المرضي.

ويُنتبه في الاستقصاء إلى:

❶ الشكوى الأساسية.

❷ بداية الأعراض.

❸ تطور الأعراض.

❹ السوابق العلاجية.

❺ انعكاس الأعراض على سلوك المريض العام..

رابعاً: الفحص الحكمي والفحص العقلي

يستخدم الفحص العقلي لتقييم حالة الوظيفة العقلية الحالية لدى الفرد.

(الجدول 7) المتغيرات التي يتم تقييمها في الفحص العقلي

التصنيف	أمثلة
المظهر	اللباس، التعابير الوجهية، دلالة المظهر على العمر.
السلوك	الوضعية، المشية، النظر، النشاط الحركي، التصنّع.
النطق	النسبة، الوضوح، الشذوذ في استخدام المفردات، الحجم.
العواطف	المزاج، الوجدان (متبلّد - مقلقل - متناسب).
العمليات الفكرية	الاهتمامات، الاضطرابات (التخيلات، أفكار الإشارة).
الإدراك	تبدّد الشخصية، تبدد الواقع، التخيل، الانخداع، الهلوسات.
جهاز الإحساس العام	مستوى الوعي، والتركيز ، والذاكرة، والتوجّه.
الوظائف العقلية	الذكاء، البصيرة، المحاكمة، الثقه.
الموقف تجاه الطبيب الفاحص	متعاون، مهتم، مغو، دفاعي.

1. أغراضه

أ. المظهر العام والسلوك

عند أخذ التاريخ المرضي نكون قد حصلنا على معلومات عديدة عن مظهر المريض وحركة جسده وسلوكه وأول ما يجب ملاحظته هو ما إذا كان المريض يبدو في عمره الحقيقي، أو أكبر، أو أصغر. وملاحظة مظهر قامته بشكل عام وتعابير وجهه.. ويجب ألاّ يغيب عن الذهن أنّ المريض المتوتر والقلق يجلس على حافة المقعد ويقفز لدى الصخب المفاجئ... والمريض المكتئب يفتقر إلى التناغم العضلي، ومظهره تسوده الكآبة والوهن.

ولينتبه الطبيب:

- هل المريض على تماس مع حالته؟.
- هل يتصرف تجاهها بشكل لائق؟.
- هل يستجيب لمتطلبات الفحص؟.

- هـــل يظهر أي غرابة أو شـــذوذ في كلامه؟. أو لباسه؟. أو تصرفه؟. وقد تخف آلية حركته فيكون بطيئاً في إجابته.

إن الهبوط الملحوظ للنشاط - حيث لا يبدي المريض أي نشاط تلقائي، وحيث تكون اســتجابته للإثارة اســتجابة ضئيلة - يدعى الذهول *Stupor* وقد يكون النشاط الزائد تعبيراً عن ضغط عام بفرط النشـــاط على المصاب بما تحت الهوس *Hypomania* حيث توجد عوامل دفع نفسية للنشاط *Psychomotor* والضجر والقلق والتحدث بتفاصيل دقيقة. أو قد تظهر بحركات عنيفة لدى المصاب بالسوداوية المضطربة، كأن يتململ المريض باستمرار بحركات عصبية.. أو بنتف وفرك ملابسه.. أو يصفق بيديه.. أو يسير جيئة وذهاباً.... الخ.

ولينتبه الطبيب:

هل توجد خلجة عصبية.. حركات مضخمة أو متكلفة.. هل النشاط فجائي.. مناسب، أم شاذ أم دائم؟.

مثال: في المصابين بالفصام الجمودي *Catatonic Schizophrenia* يمكن أن توجد الظاهرة التي نسميها الطاعة الآلية وفيها:

- يردد المريض ما يقوله الآخرون *Echoloia*.
- يقلّد المريض حركات الآخرين *Echipaxia*.
- المـــرونة الشمعية *Waxy Flexebility* مع الحفاظ على استقامة الجسد حتى في الوضعيات غير المريحة.
- الســـلبية.. حـــيث يقوم المريض بفعل معاكس لما يطلب إليه أو يقاوم محاولات مساعدته: "فإذا مددت يدك لمصافحته يبعد يده.. وحين تبعد يدك يمد يده".

ب. طريقة الحديث

على الطبيب أن يلاحظ إذا كان المريض يتحدث كثيراً أو يميل للصمت.. وإذا كان متخلفاً في حديثه، أو حجرياً.. أو منطقياً..

إذا كان حديثه تلقائياً، أو أنه استجابة لما يطرح عليه من أسئلة.. أو إذا كان حديثه متردداً، بطيئاً، سريعاً، متنقلاً في حديثه من موضوع إلى آخر. وإذا ما كان حديثه غير مترابط... هل يصمت فجأة أو يغير موضوع الحديث أو يشرد بعيداً عن سياق الموضوع.. وإذا ما كان يلجأ إلى السجع في حديثه أو إلى التورية أو يستعمل الكلمات الغريبة أو المثابرة في الحديث..

توجد المثابرة في الحديث في الحالات العقلية العضوية.. "فعندما يطلب من المريض أن يقوم بعمل ما يستمر بذات الحركة، حتى ولو طلب منه القيام بأعمال أخرى". وهذه حالة من الزخم وقوة الاندفاع التي تتدخل في الأحداث اللاحقة.

ج. المزاج

إن مزاج المريض يكون قد انعكس على سلوكه العام وفي حديثه وتصرفه، ويجب أن يسأل:

- كيف يشعر في داخله؟.
- وما شكل حالته النفسية؟.
- وما مزاجه؟.

وليلاحظ الطبيب استمرار الوضع المزاجي.. وإذا ما كان يتبدل بسرعة أو يتصف بالاستمرار، والعوامل التي تبدل المزاج.

وكذلك يجب ملاحظة إذا ما كان سلوك المريض وحركة جسده وتعبيرات وجهه تتلاءم مع ما يقوله عن مزاجه.

د. محتوى التفكير

يستفسر الطبيب عن موقف المريض من: (المريض نفسه، ومن الناس المحيطين به، ومن مختلف الأشياء في محيطه،...).

- هل يشعر باهتمام خاص به؟.
- هل يشعر بأن الناس يتحاشونه أو يعجبون به؟.

- هـــل يميل إلى الانتقاص من ذاته بالنسبة لتصرفاته السـابقة: "أخلاقياته، ممتلكاته، صحته،..."، أو تراه على العكس من ذلك؟.
- هل هو مسرف، أو محب للعظمة فيما يتعلق بممتلكاته وملكاته الشخصية؟.

ويجب الاستفسار عن الأفكار المسيطرة عليه أو الأمور التي كان يشغل نفسه بها.. ففي حالة الاكتئاب تكون هذه الأمور مؤلمة وتعيسة ومليئة بالندم والتطلع إلى الماضي وإلى الحاضر والمستقبل بشكل كئيب وفاقد للأمل.

هـ اضطراب الإدراك الحسي

من الضروري معرفة فيما إذا كان لدى المريض هلاوس في الشم أو التذوق أو اللّمس أو البصر أو السمع أو أية هلاوس في أمور أخرى. ويمكن فتح هذا الموضوع معه بسؤاله عما إذا كان يسمع ضجيجاً.. وبعد ذلك فيما إذا كان يشـــعر بأن الآخرين يتحدثون إليه.. وبالتالي حتماً إذا ما كان يسمع أصواتاً..

من الضروري معرفة الوقت الذي تحدث فيه هذه الهلاوس.. أتحدث في الليل أم في النهار وفي أي فترة منهما بشكل أدق. وما مدى تعقيدالها وغموضها.. وكيف يتلقاها المريض. فإذا كانت تحدث أثناء النوم تكون عادة غير ذات أهمية.

في حالات الاكتئاب الشديد يقول المرضى إنه ليس لديهم حالات غير عادية بالإحساس أو عدم الإحساس.. أو في فقدان الحواس.

و. الوعي *Consciousness*

(مركز الإحساس في الدماغ) - ***Sensorium*** إنه لمن الهام جداً أن نلاحظ فيما إذا كان المريض يقظاً متلبد الحس، مستغرقاً في ذاته، مشوش التفكير أو هاذياً..

ليحاول الطبيب أن يكتشف مدى فهمه أو استيعابه لمحيطه وكذلك معرفة مدى محاكمته للأمور.. وليحاول الطبيب الاستفسار عن تكيف المريض مع الزمن بالنسبة للمكان والأشخاص.

ز. ظاهرة الإجبار

- هـــل تتكرر لدى المريض أفكار تخزنه؟.. أفكار غير مرغوب بها ويجد صعوبة في طردها.
- أيشعر بهذه الأفكار وكأنها جزء من عقله أم أنها تأتيه من الخارج؟.
- هل يعتبرها أفكاراً غير سليمة ولا عقلانية؟.
- هـــل يمـــيل إلى تكرار ذات الحركات بدافع لا يقوى على دفعه وميل لمقاومة بعض الأمور مثل اللّمس أو غسل اليدين بلا مبرر من حين إلى آخر بزمن قصير؟.

ح. الاهتداء

يمكن للطبيب تقدير مدى التكيف العام لمريضه بأسئلة مثل:

- اين أنت الآن؟.
- ما اسم هذا المكان؟.
- أين يقع؟.
- ما اليوم؟.
- ما الشهر الحالي؟.
- ما تاريخ اليوم؟.
- ما السنة الحالية؟.

إذا كان المريض في المشفى فيمكن للطبيب التأكد من تكيفه مع جو القسم الذي هو فيه بسؤاله:

- أين المدخل الرئيسي؟.
- هل توجد مخارج أخرى؟.
- أين التلفاز؟.

- أين مكتب الممرضات؟.
- ..... الخ؟.

ط. الذاكرة

يمكن تقييم ذاكرة المريض بمقارنة روايته عن حياته بما يرويه الآخرون عنها. ومن الهام أيضاً تحري الحوادث الأقرب تاريخاً مثل:

- متى دخل إلى المشفى لأول مرة، أو متى قبل في المشفى؟.
- هـــل راجع طبيباً آخر؟. وإذا كان الجواب بالإيجاب فمن هو؟. ومتى رآه الطبيب؟. وأين؟.

وكذلك يمكن إعطاء المريض اسماً وعنواناً ليتذكره، ثم يســـأل عنه بعد /3-5/ دقائق، ويمكن إعطاؤه سلسلة من الأرقام ويطلب منه ترديدها بالتسلسل، ثم إعطاؤه سلسلة أخرى من الأرقام ويطلب منه ترديدها معكوسة.

ي. استيعاب المعلومات العامة

يجب أن تختلف الأسئلة المتعلقة بالمعلومات العامة باختلاف المستوى الثقافي للمريض، ووفق خبرته واهتماماته، يجب أن يسأل عن اسم الحاكم، وأسماء سابقيه، اسم رئيس الوزراء، وأسماء عواصم عالمية معروفة (فرنسا، أميركا، إيطاليا، إسبانيا،.. الخ).

ما تاريخ بداية ونهاية الحرب العالمية الثانية؟. وكذلك يجب أن يسأل المريض عن أكبر خمس مدن في وطنه.. أو ما شابه؟. وأن يعطى اختبار سلسلة السبعة (أي أن يطرح سبعة من مائة). وملاحظة الوقت الذي استغرقه أو سلسلة التسعة (أي أن يطرح تسعة من مائة) وملاحظة الوقت كما سبق.. إن الغرض من هذه الاختبارات هو إعطاء فكرة عامة عمّا إذا كان ثمة هبوط طرأ على المستوى المفترض لمعلومات المريض وقدرة ذكائه.

ك. البصيرة ومحاكمة الأمور

ما موقفه من حالته الحالية؟. هل موقفه وتقييمه لها معقول بالنسبة لذكائه وخبرته؟. هل يعتبر نفسه مريضاً أو يعاني من مرض عصبي أو عقلي؟. أو هل يشعر أنه بحاجة للمعالجة؟. وما رأيه بالنسبة لهجمات مرضه العقلي السابقة؟.

2. الاصطلاحات النفسية الفيزيولوجية

إن الاصطلاحات المستخدمة في وصف الأعراض النفسية الفيزيولوجية لوصف المزاج في المرض النفسي قد أدرجتها في (الجدول 8).

(الجدول 8) الأعراض النفسية الفيزيولوجية

الوعي والانتباه	
الشرود	ينحرف الانتباه نحو منبهات خارجية لا صلة لها بالموضوع: عدم القدرة على التركيز.
تغييم الوعي	فقدان القدرة عن الاستجابة الطبيعية للأحداث الخارجية.
الوسن	النعاس غير السوي.
الهذيان	الاضطراب والقلق، وفقدان الاتجاه المرتبط بالقلق والهلوسة.
الذهول	استجابة ضعيفة أو غير موجودة للمنبهات البيئية.
السبات	فقد الوعي التام.
الوجدان	
الوجدان غير المتناسق	افتراق بين المزاج والسلوك.
الوجدان البليد	استجابة عاطفية شديدة التراجع.
الوجدان المقيد	استجابة عاطفية متناقصة بشدة أقل.
الوجدان الفاتر	الافتقار إلى مظاهر الاستجابة العاطفية.
الوجدان المقلقل (غير المستقر)	تقلبات مفاجئة في الاستجابات العاطفية غير مرتبطة بالأحداث الخارجية.
النشوة (الشمق)	أحاسيس قوية بالسمو.
المزاج المتسم بداء العظمة	الإحساس بأهمية الذات.

المزاج	
المزاج النزق (القابل للتهيج السريع)	سهل الإحساس بالضيق والغضب.
المزاج الطبيعي	مزاج سوي لا اكتئاب ولا إحساس بالسمو.
المزاج الهمودي	إحساس ذاتي بالامتعاض أو الانقباض.
الاكتئاب	الحزن غير الناجم عن خسارة محددة.
فقد اللذة	فقدان القدرة على الإحساس بالمتعة.
تذبذبات المزاج	تقلبات بين الإحساس بالعظمة والاكتئاب.
عواطف أخرى	
القلق	توجس وهمي من خطر.
القلق الطليق العائم	القلق غير المرتبط بسبب محدّد.
الخوف	القلق الناجم عن تهديد أو خطر حقيقي.

فحص المرضى غير المتجاوبين

إن صعوبة الحصول على المعلومات من المرضى غير المتجاوبين أو المصابين بالذهول يجب ألا تمنع الطبيب من أخذ وتسجيل ملاحظاته..

هذا ويمكن القيام بها بدون صعوبة، ولا شك أنها ذات أهمية كبيرة في عرض الحالة السريرية للمريض، خاصة في حالة التبدل الفجائي لهذه الحالة. ويمكن تصنيف الملاحظات تحت العناوين التالية:

أ. شكل قامة المريض وردود الفعل العامة:

ننتبه إلى:

- إذا كان وضع قامة المريض غريباً.
- إذا كان يحافظ على وضع أعضائه حين وضعها بشكل غير لائق.
- إذا كان سلوكه سلبياً، مواربا، قلقاً، لا مبالياً، مطواعاً.
- إذا كان يظهر أي حركات آنية.

يجب معرفة سلوكه بالنسبة لنظافته ومأكله. ويجب إعطاء وصف لتعبيرات وجهه:

- هل وجهه بدون تعبير، هادئ، مرتبك، حزين؟.
- هل هناك دموع أو تورد الخجل في وجهه؟...الخ.
- أعيناه مفتوحتان أم مغمضتان؟.
- وإذا كانـــتا مغمضتين.. هل هناك ثمة مقاومة لمحاولة رفع الجفن أو ردة فعل لتحريك مفاجئ أو تهديد بلمس العين؟.

ب. ردود الفعل للأوامر

يجب أن يطلب من المريض أن يدلع لسانه، يغمض عينيه أو أن يفتحهما.. أن يحرك أطرافه ويصافح. ويجب ملاحظة فيما إذا كان هناك سلبية.. تقليد لحركات الآخرين *Echoroxia* أو ترديد لما يقوله الآخرون *Echolalaia* أو طواعية آلية..

ج. وظائف العضلات

على الطبيب ملاحظة إذا ما كانت العضلات متوترة، قاسية أو لينة ليونة الشمع. كذلك يجب فحص ردود فعل المريض لحركات الرأس والرقبة والأطراف أثناء إلهائه بأمور أخرى ومراقبة ردود فعله.

خامساً: الفحوص المتممة

الفحوص الطبية (الوظيفة الحالية والحالة البيولوجية للمريض النفسي)

أ. التحاليل المخبرية الخاصة بالوظيفة العصبية الصماوية (الغدد الصم)

➊ التقييم

تستخدم التحاليل المخبرية في الطب النفسي للكشف عن حالات المعالجة الطبية ولتحديد مستويات الأدوية في الدم المؤثرة في

النفس، ولزيادة الدقة في التشخيص. ويتم تقييم الجهاز الغدي العصبي عن طريق عدة اختبارات:

- اختبار تثبيط الديكساميتازون.
- اختبار عمل الغدة الدرقية.
- اختبار تحليل مستويات الكاتيكول أمين وهرمون النمو والبرولاكتين.

❷ اختبار تثبيط الديكساميتازون

إن الديكساميتازون مركب قشري سكري مستحدث، وعند إعطائه لشخص سوي ذي محور نخامي كظري وطائي سوي يثبط إفراز الكورتيزول.

قد لا يوجد هذا التثبيط لدى المرضى الاكتئابيين ومن ثم فإنّ اختبار تثبيط الديكساميتازون قد يستخدم مزيداً من الأدلة على وجود الاكتئاب... وتشير الأدلة إلى أن المرضى الإيجابيين بالنسبة لتثبيط الديكساميتازون "التثبيط المناقض للكورتيزول" قد يستجيبون استجابة جيدة للعلاج بمضادات الاكتئاب أو للعلاج بالصدمة الكهربائية.

❸ الوظيفة الدرقية

- تستخدم اختبارات الوظيفة الدرقية للكشف عن القصور الدرقي الذي يمكن أن يتنكر على هيئة اكتئاب.
- يحدث للمرضى الذين يتناولون الليثيوم هذا القصور، وقد يصابون أحياناً بفرط نشاط درق.
- إن الاستجابة غير الجيدة لإعطاء الهرمون الحاث للدرق "الثيروزين" قد تترافق مع الاكتئاب.

- إن فرط البرولاكتين كاستجابة لهذا الهرمون أو المخدرات قد يتثبط لدى المرضى المصابين بالاكتئاب.

❹ **هرمون النمو والميلاتونين**

- قد يصاب مرضى الاكتئاب بشذوذ في آلية هرمون النمو وتكون لديهم مستويات منخفضة من الميلاتونين.
- أما استجابة هرمون النمو للكلوتينين فقد تثبط أيضاً لدى الاكتئابيين.

ب. قياس الأمينات الحيوية

- إن الشذوذ في مستويات مستقبلات الكاتيكول أمين توجد في بعض المتلازمات النفسية.
- إن مستقلب النورابنفرين في البول والمصورة هو: 3- ميتوكسي. 4- هيدروكسي فينيل غليكول *MHPG* .
- إن مستقلب السيروتونين الذي تقاس نسبته بشكل عام هو: *5HIAA*.

(الجدول 9) يوضح العلل النفسية المرتبطة بمستويات الكاتيكول أمين والمستقبلات

المادة	الحالة
النورابينفرين الابينفرين	تزداد نسبتها في البول إثر الاضطراب الناجم عن الرضوض، نسبة ضئيلة من نور ابينفرين بالنسبة للأبينفرين في حالة الاكتئاب.
MHPG	تهبط نسبته في حالات الاكتئاب الشديد وعند محاولات الانتحار.
5 HIAA	تزداد نسبته في البول في متلازمة الكارسينوئيد وعند تناول مركبات الفينوتيازين بنسبة متناقصة من السائل الدماغي الشوكي في حالات القلق والاكتئاب الشديد وعند الشخصية العدوانية المنعزلة الاندفاعية.

ج. العقارات النفسية

- قياس مستوى العقارات النفسية في المصنورة (البلازما) يخصص من أجل مرضى يأخذون عقارات معينة.
- لا توجد علاقة بين مستويات المصورة من مضادات النفاس والتأثيرات السريرية، ولكن ربما تستخدم للكشف عن الدواء عدم المطاوعة، أو عدم الامتصاص.
- ينبغي مراقبة مستويات الليثيوم بانتظام وذلك بسبب الطيف العلاجي الضيق لهذا الدواء.
- قد يكون من المفيد قياس مستويات الدم لدى تعاطي مضادات الاكتئاب المغايرة الحلقة للمرضى الذين لم يستجيبوا للجرعات العادية من الدواء. هؤلاء المرضى ذوو خطورة عالية، ومن المفيد أيضاً التأكد من أن مستويات الدم العلاجية للدواء قد تحققت.

د. الإجراءات المخبرية الأخرى

❶ التحريض الكموني

- قد يستخدم التحريض الكموني - وهو استجابة الدماغ للمنبهات الحسية المتكررة - بقياسها بالنشاط الكهربائي وتستعمل في تقييم الأمراض النفسية.
- إن تحريض الكوامن قد يستخدم لتقييم فيزيولوجية الأعصاب الحسية وتحديد مواقع الآفات الدماغية.
- قد يتفاوت تحريض الكوامن بين مرضى الفصام وبين المرضى الآخرين.
- تحريض الكوامن السمعية مفيد لأنه لا يتأثر بالنوم ولا بالسبات ويمكن استخدامه في تقييم فقدان البصر والسمع لدى الأطفال حديثي الولادة.

❷ مسح الدماغ عن طريق النظائر المشعة

- إن هـــذه الفحـــوص *PET* بالإضافة إلى التصوير الطبقي المحوري *CT.scan* والـــرنين المغناطيسي النووي *MRI* يمكن اللجوء إليها في التعرف على الشذوذات الدماغية.
- إن المـــسح عن طريق النظائر المشعة والتصوير المحوسَّب يساعدان في تشخيص المتلازمات العقلية العضوية، وقد يكشفان عن الشذوذات كتضخم البطينات المخية الجانبية عند المرضى المصابين بالفصام.
- كما يظهر هذا المسح الحالة الكيميائية الحيوية للنسج بالإضافة إلى التـــشريح، ويفيد بخاصة في التعرف على أمراض زوال النخاعين كالتصلب المتعدد أو المنتشر.

سادساً: الاختبارات التشخيصية

أولاً: لمحة تمهيدية

الاختبارات التشخيصية أو كما تدعى أيضاً اختبارات الوظيفة النفسية *Test of psychological Function* تتضمن الاستقصاءات التشخيصية الخاصة بالحالة العقلية والنفسية.. ومن الهام الإشارة إلى أنه رغم التطور الهائل في العقود الثلاثة الأخيرة في ميدان الطب النفسي واختصاصاته، لا يوجد حتى الآن اختبار تشخيصي نفسي مثالي، وهذه حقيقة تدهش الكثير من الأطباء الممارسين الذين تكون لديهم معتقدات مبهمة عن العلوم النفسية.

فمن غير العدل اعتبار الطب النفسي والعلوم النفسية على أنها ترتيب حرفي مكرس لـــ "اختبار" المرضى النفسيين رغم أن الاستقصاء النفسي عند استعماله بصورة ملائمة يستخدم ليحلو من المشكلات في التشخيص وليوجه ويقوّم ويخطط المعالجة.

يعتمد الاستخدام المعقد للاختبار النفسي على استعمال "بطاريات مدفعية" من الاختبارات وانتقاء مفيد لوسائط الاختبار من قبل المختص وليس من قبل الطبيب الممارس، والأبحاث الشائعة للاستقصاء النفسي *psychiatric scrutiny* متعددة ومتنوعة وكثيرة إذ يتجاوز عددها المئات، وأهمها ما يتضمن قياس الذكاء وتقييم بنية الشخصية، وتتضمن القدرات العامة والحرفية معايرة المستويات جيداً: *Well Standardized* وهي بسيطة نسبياً تقدم للأفراد أو المجموعات، وتعطي تقييماً مقبولاً لمستوى الذكاء.

- ومقياس ذكاء ويشلّر للكهول *WAIS* .
- اختـــبار ذكاء آخر جيد المعايرة وأكثر من الأول ويحوي اختبارات للأداء *performance* إضافة إلى اختبارات الحرفية.
- *Verbal Test* ويعتمد على تقييم الشخصية قبل كل شيء على استخدام اختبارات تركيزية *Projective* يعتقد أنها تفشي حدثية لا وعي المريض.

مثلاً: يطلب من المريض أن يصف ما يرى في نموذج من نقاط الحبر *Rorschach* أو أن يؤلف قصة حول صورة مبهمة *The Matic Apperception Test* اختبار اللا وعي. وتتضمن الطرائق الأخرى لتقييم الشخصية جملة أسئلة مصممة للتعرف على أنماط بنية الشخصية..

مثالها: اختبار منيسوتا المتعدد الوجوه (*MMPI*)، وهو مؤلف من (566) مقطع، ومصمم بطريقة تسبر الارتكاسات عند المجيب ويمكن أن تؤول. كما تشير إليه الشخصية وجود عناصر تكون بنية شخصية خاصة. وتبين أيضاً وجود عناصر تشابه على الأقل متلازمات نفسية سريرية مرضية معينة، وضّح هذا الاختبار *Hathaway and Mekinley* ويعتبر من أكثر الاختبارات النفسية انتشاراً واستخداماً في الأبحاث والتطبيقات العملية في مجال الشخصية وأكثرها شيوعاً في العيادات والمشافي الغربية، وهو في الأصل يتضمن درجات لأربعة مقاييس للصدق، وتسعة مقاييس عيادية مثل الاكتئاب، الفصام، والهستيريا،... ويتضمن الاختبار الآن مقاييس أخرى متعددة مستمدة من بنوده الأصلية... ويطبق حالياً

بشكل فردي أو جماعي لكن للأعمار فوق 15 عام حكماً. وسوف أشرح فيما يلي الأنماط الأكثر أهمية وشيوعاً من الاختبارات والقياسات النفسية:

الاختبارات والقياسات النفسية

❶ أهداف الاختبارات النفسية

الاختبارات النفسية هدفها الأساس تقييم الذكاء والشخصية.. كما أنها تُعين السريري في تشخيص مجموعة من العلل النفسية، كما وتقترح توجهات علاجها.

❷ اختبار الصحة واختبار الثقة

اختبار الصحة يعني التأكد من أن هذا الاختبار يقيس فعلاً ما يراد قياسه.. أما اختبار الثقة فإنه يشير إلى مدى تناسق ودقة نتائج الاختبارات وإمكانية إعادتها أو تكرارها.

❸ الاختبارات الموضوعية (ذات الهدف) والاختبارات الإسقاطية

تقسم الاختبارات وفقاً للوظيفة النفسية المختبرة أو وفقاً للأسلوب الذي يتم من خلاله جمع المعلومات سواء كان هذا الأسلوب موضوعياً أو إسقاطياً.

يعتمد الاختبار الموضوعي على مجموعة من الأفكار أو الأسئلة المحددة التي يمكن تقييم إجاباتها وتحليلها إحصائياً بسهولة.

أما الاختبار الإسقاطي فيستلزم أن يقدم الشخص إجابات تقوم على استيعابه أو تفسيره للفكرة أو السؤال المطروح.. ويفترض في الاختبار الإسقاطي أن تقوم استجابات الشخص على حاجاته وحوافزه وقدراته وآليات الدفاع عنده.

❹ الاختبارات الفردية والاختبارات الجماعية

تم تطوير كلا هذين الاختبارين على أنهما طريقين من طرق التقييم النفسي.. إذ تتيح الاختبارات الفردية الملاحظة والتقييم الدقيقين لشخص المفحوص.. بينما تتمتع الاختبارات الجماعية بميزة تطبيقها السهل واليسير الذي يتم من خلاله تقيم نتائجها.. اختبارات المجموعات المتماثلة وتضم اختبارات فردية تبني صورة لمختلف الوظائف النفسية لدى شخص ما في عدة جوانب.

أهم الاختبارات الشائعة الاستخدام في التقييم السريري للمرضى مبينة في (الجدول 10).

(الجدول 10) أنواع اختبارات التقييم المعروفة

نوع الاختبار	أمثلة
الموضوعي	بيان منيسوتا المتعدد الوجوه لتقييم الشخصية MMPI
الإسقاطي	اختبار Rorschach اختبار الإدراك الشعوري ذو الفكرة الرئيسة اختبار إتمام الجمل الناقصة اختبار رسم شخص ما
الفردي	سلم ويشلر لتقييم ذكاء البالغين اختبار بندر غشتالت
الجماعي	اختبار كاليفورنيا لتقييم الإنجاز (النجاح)
المجموعات المتماثلة	اختبار لوريا - نبراسكا العصبي النفسي اختبار هالستد - ريتان

ثانياً: اختبارات الذكاء الرئيسة

❶ الذكاء والعمر العقلي

الذكاء هو قدرة الفرد على المحاكمة المنطقية وحسن استخدامه للمفاهيم المجردة، وتمثل الحقائق واستذكار ما تعلمه وتحليل وترتيب المعلومات والتعامل مع المشكلات الخاصة الناجمة عن المواقف المستجدة.. أما العمر العقلي وفقاً لما حدده *A.Binet* فهو مستوى التفكير المتوسط المتناسب مع عمر الفرد الزمني.. يستخدم

ميزان *Stanfort - Binet* لاختبار القدرة الفكرية العامة عند الأفراد ما بين الثانية والثامنة عشرة من العمر.

❷ حاصل الذكاء IQ

إن حاصل الذكاء وفقاً لمقياس *Stanfort - Binet* هو نسبة العمر العقلي إلى عمر الفرد الزمني مضروباً بمائة.. عندما يتساوى العمران فحاصل ذكاء الفرد هو *100* (الجدول 11)، وبما أن حاصل الذكاء لدى الفرد ثابت نسبياً خلال حياته فإن أعلى عمر زمني استخدم في صياغة حاصل الذكاء هو الخامسة عشرة.

تتأثر نتائج اختبار حاصل الذكاء لدى الفرد بثقافته وتحصيله العلمي المبكر، إن اختبارات الذكاء لا يمكن أن تنفصم عراها عن المؤثرات الثقافية بشكل كامل.

❸ اختبار *Wechsler* للذكاء

اختبار *Wechsler* المعدل للذكاء لدى البالغين يعتبر أشهر اختبار يستخدم لقياس الذكاء يشار له بـــ *WAIS-R* وتستخدم جداول مختلفة لتقييم نتائج سبع مجموعات من الأعمار تتراوح بين سن السادسة عشرة والرابعة والستين.. وهو يتضمن أحد عشر اختباراً فرعياً، ستة منها تتعلق باللغة وخمسة منها تتعلق بالأداء.. وتسبر هذه الاختبارات المعلومات والاستيعاب وإدراك أوجه الشبه والحساب ومفردات اللغة وتجميع الصور وإتمام الصور الناقصة وتصميم الكتل وتجميع الأشياء ومدى الأرقام المستوعبة والرموز الرقمية.

بالإضافة إلى عامل الوراثة فإن ثمة عوامل أخرى تؤثر في أداء هذه الاختبارات كالقلق (الذي يؤثر في الحساب ومدى الأرقام المستوعبة)، والخلفية الثقافية (التي تؤثر في المعلومات ومفردات اللغة) والعلل العصبية النفسية (التي تظهر الهوة الواسعة بين الاختبارات اللفظية والاختبارات التي تقيم الأداء) هذا بالإضافة إلى العلل النفسية التي تؤثر في مثل هذه الاختبارات.

يوجد اختبار *Wechsler* للذكاء لدى الأطفال وهذا الاختبار المنقح خاص بالأطفال ما بين سن 5 إلى 15 سنة *(WAIS - R)*.

كذلك يوجد اختبار ويشلر الخاص بالأطفال ما دون سن الدراسة أو الأطفال في الصف الأول الابتدائي يغطي أعمار الأطفال ما بين سن الرابعة والسادسة. ويرمز له *WPPSI*.

(الجدول 11) محصلة الذكاء

حاصل الذكاء	التصنيف
أقل من 20-25	تخلف عقلي تام
من 20-25 إلى 35-40	تخلف عقلي شديد
35-40 إلى 50-55	تخلف عقلي متوسط
50-55 إلى 70	تخلف عقلي بسيط
70 إلى 79	يتراوح ما بين التخلف العقلي والسواء
80 إلى 89	دون المتوسط / سوي بليد
90 إلى 100	متوسط / سوي
110 إلى 119	عالي التوسط / عادي يميل إلى الذكاء
120 إلى 129	عالي الذكاء
أكثر من 130	عالي جداً

ثالثاً: اختبارات الإنجاز أو النجاح

هذه الاختبارات تهدف إلى تقييم مدى استيعاب المعلومات والمهارات التي تعلمها فرد ما وتستخدم هذه الاختبارات لتوجيه مستقبل العمل لدى الأفراد كجزء من النظام التعليمي كما تستخدم أيضاً في الصناعة.. كما أن اختبار تقييم الإنجاز الواسع المدى يقيم النجاح في الحساب والقراءة والقدرة على تهجئة الكلمات.. ويتوفر هذا الاختبار بالنسبة للأطفال تحت سن الثانية عشرة (المستوى 1) ولمن هم في سن الثانية عشرة حتى الخامسة والسبعين (المستوى 2).

ويوجد اختبارات إنجاز أو نجاح أخرى، كاختبار كاليفورنيا واختبار إياوا واختبار ستانفورد،... الخ.

رابعاً: اختبارات تقييم الشخصية

❶ اختبار منيسوتا المتعدد الوجوه لتقييم الشخصية (MMPI)

ولقد تحدثت عنه سابقاً، وأضيف بأنه الاختبار الموضوعي الأوسع انتشاراً وحديثاً وضع له عشرة مستويات سريرية: "المراقية، الاكتئاب، الهستريا، الاعتلالات النفسية، الذكورة والأنوثة، الزور، الوهن النفسي (مقياس عام للقلق)، والفصام، والهوس الخفيف، والعزلة الاجتماعية"، وإن اختبار الصدق والكذب، اختبار التردد واختبار التقويم كلها تزيد من مصداقية هذا الاختبار كما تم تطوير اختبارات إضافية معاصرة لتقييم أدق للشخصية وهي متوفرة للباحثين لتفسيرها وتقييم صلاحيتها.

❷ اختبار *Rorschach*

ويعتبر الاختبار الإسقاطي الرئيس لتقييم الشخصية.. ويستخدم كوسيلة مساعدة في التشخيص (أي لتحديد وجود اضطراب في التفكير لدى الفرد وطبيعة وتماسك الدفاعات النفسية عنده).. ويشتمل اختبار *Rorschach* على عشر بطاقات، خمس سوداء وبيضاء، وخمس ملونة وفي كل بطاقة شكل أو تصميم متناسق الجوانب ومحدّد بنقاط حبر.. تُعرض البطاقات على المريض في نسق خاص ويسجل زمن ردود فعل المريض الأولية واستجاباته لهذه البطاقات والزمن الكلي الذي يستغرق في النظر إلى البطاقات.

❸ اختبار إدراك أو تفهم الموضوع بالترابط (TAT)

يتطلب هذا الاختبار من المريض أن يُكَوِّن قصة من خلال الصور التي تقدم له، ثم تستخدم القصة لتقييم العواطف والصراعات الناشئة عن لا وعي المريض.. يشمل هذا الاختبار على *30* بطاقة تصور أشخاصاً منهمكين في نشاطات مبهمة (غير واضحة) مما يستلزم من المريض إزالة الغموض المحيط بها.. ويفيد هذا الاختبار في تحديد الحوافز لدى الفرد والصراعات الداخلية لكن فائدته قليلة كوسيلة من وسائل التشخيص.

❹ اختبارات إتمام الجمل الناقصة

تفيد هذه الاختبارات في التعرف على تداعي الأفكار والخواطر التي تتعلق بالنواحي التي يهتم بها الطبيب المعالج.

خامساً: الاختبارات النفسية العصبية

❶ أوجه استخدامها

إن الاختبارات النفسية العصبية والاختبارات النفسية صممت لتقييم الذكاء العام والذاكرة والمحاكمة المنطقية والقدرة على حل المشكلات والتوجه والأداء الإدراكي الحركي.

كما أن الاختبارات النفسية العصبية تستخدم في تقييم الوظيفة اللغوية والانتباه والتركيز لدى المرضى المصابين باعتلالات عصبية كالعته أو الأذيات الدماغية.

❷ اختبارات نوعية

اختبارات المجموعات المتماثلة، العصبية النفسية كاختبار **هالستد ريتان** تهدف إلى تحري وجود وموقع وآثار الآفات الدماغية.. ويتألف هذا الاختبار من عشرة اختبارات تصنيفية اختبار أداء اللمس، إيقاع، إدراك الأصوات اللغوية، نوسان الأصابع، الإحساس بالزمان، الحبسة، الإدراك الحسي، تتبع الأثر.

❸ اختبارات لوريا - نبراسكا *Loria-Nbraska* العصبية النفسية التي تستخدم في تقييم القوى المعرفية والمعروف بـ *(LNNB)*

ويفيد اختبار لوريا نبراسكا بصورة خاصة في تحديد السيطرة اليمينية أو الشمالية المخية وفي مواقع القشرة المصابة بخلل وظيفي نوعي وفي التعرف على أنواع محددة من الخلل الوظيفي الدماغي كخلل أو عسر القراءة على سبيل المثال.

❹ الأداء

إضافة إلى الاعتلالات العصبية فإن الانحراف عن الحالة السوية الذي تشير إليه هذه الاختبارات النفسية العصبية قد يكون سببه القلق، أو الاكتئاب أو الالتباس في فهم الأسئلة أو مشكلات لغوية أو عدم التعاون من قبل المريض.. إن أداء مجموعة من الواجبات تتعلق بالاختبار الفعلي الذي يهدف إلى تقييم الوظيفة المعرفية يرتبط بمشكلات أو علل تتعلق بنواح معددة في الدماغ (الجدول 12).

(الجدول 12) الخلل الوظيفي الدماغي وتوضعه

الخلل الدماغي الوظيفي	التوضع
الاسترجاع المباشر	الفصوص الصدغية والجبهية (حصان البحر)
الاسترجاع القريب	الفصوص الصدغية (الحصين، المهاد، القبو، السبيل المهادي الحلمي).
الاسترجاع البعيد	الفصوص الصدغية (حصان البحر)
التركيز	الفصوص الجبهية
عدم الاهتداء الشامل	الفصوص الجبهية
اللغة التعبيرية	الفصوص الجبهية السائدة
فقد التسمية (العجز عن تسمية الأشياء المعروفة)	الفص الصدغي (التلفيف الزاوي)
المحادثة	الفص الجبهي السائد
(المريض يقلد حركات الطبيب)، عسر الأداء	الفص الجداري المقابل
عمى الأصابع (الخطأ في تسمية الأصابع)	الفص الجداري السائد
عسر الحساب (أخطاء في الحساب)	الفص الجداري السائد
عسر الكتابة (أخطاء في الكتابة)	الفص الجداري السائد
(عسر التوجه) العجز عن التمييز بين الجهة اليمنى واليسرى	الفص الجداري السائد
اللا أداء التركيبي (الصعوبة في رسم حدود أشياء معروفة)	الفص الجداري غير السائد
التعرف على هوية الأشياء المتنكرة	الفص القذالي (القفوي)
العجز عن نسخ جملة أو قراءتها والعجز عن اتباع الأوامر والإرشادات	الفص الصدغي الجداري السائد

سابعاً: الإذعان

❶ تعريفه

هو مدى اتباع المريض للنصائح الطبية وتعليمات طبيبه العلاجية. أمثلة: "أخذ الدواء وفق البرنامج العلاجي الدقيق، الالتزام بمواعيد جلسات العلاج النفسي، مراجعة الطبيب في المواعيد المحددة، اتباع التوجيهات والنصائح العلاجية والطبية بدقة،...". وبشكل عام ثلث المرضى يذعنون للمعالجة، وثلث آخر يذعنون للمعالجة بعض الوقت وثلث لا يذعنون للمعالجة على الإطلاق. وكل الدراسات تشير إلى عدم وضوح العلاقة بين الإذعان وجنس المريض أو انتمائه الديني أو الاجتماعي أو الاقتصادي أو العائلي أو العرقي أو المستوى الثقافي أو حتى مستوى الذكاء. لذلك يجب على الطبيب الانتباه إلى إمكانية الإذعان من قبل مريضه وأسرته.

❷ نقص الإذعان

الإذعان ينقص عند:

① الشعور بالرفض أو عدم الود من الطبيب.

② فشل الطبيب في شرح التشخيص وأسباب الأعراض.

③ ازدياد تعقيد نظام المعالجة.

④ التعليمات الشفوية لأخذ المعالجة.

⑤ صعوبة في قراءة الوصفة الطبية (خاصة في الكهول).

⑥ ازدياد التغيرات المطلوبة في السلوك.

❸ ازدياد الإذعان

الإذعان يزداد عند:

① العلاقة الجيدة بين الطبيب والمريض.

② التعليمات والتوجيهات والنصائح المكتوبة.

③ الشعور الذاتي للمريض بالانزعاج من مرضه.

④ وعي الطبيب وحساسيته تجاه معتقدات المريض.

⑤ إدراك الطبيب وتساهله في الوقت المخصص للتحدث مع المريض.

⑥ خبرة وكبر عمر الطبيب.

⑦ وقت الانتظار القصير في غرفة الانتظار.

⑧ معرفة المريض للنتيجة الإيجابية المتوقعة من العلاج.

⑨ معرفة المريض لأسماء وتأثيرات الأدوية الموصوفة.

⑩ معرفة المريض لفوائد طرق المعالجة النفسية.

فكرة وجيزة عن

المبادئ الأساسية العالمية للتقييم النفسي والعقلي

المبادئ الأساسية العالمية
لتقييم المريض النفسي والعقلي

أهداف التقييم

① تلعب الإجراءات التقييمية دوراً هاماً في صنع التشخيص ووضع نظام المعالجة للمريض النفسي.

② يساهم التقييم المنظم في اكتشاف السببيات المحتملة للاضطراب وسيره عند المريض وتشكيل صيغة التداخل وتوقع الاستجابة للمعالجة ومراقبتها وتقييم نتائج المعالجة ومتابعة المريض عند انتهاء التداخل.

مجالات التحري

تعطي إجراءات التقييم معلومات في المجالات التالية عن حالة المريض ومعاناته:

① الوضع الجسدي الحالي.

② الأداء الوظيفي النفسي الحالي والتعبير عن الأمراض.

③ وضع الحياة الحالي ومصادر الشدة.

④ السوابق الشخصية، مشتملة الحوادث التطورية الحرجة.

⑤ السوابق الطبية.

⑥ القصة العائلية.

⑦ بنية الشخصية ووسائل الدفاع (آليات الدفاع النفسية).

⑧ القوى والكفاءات والقدرات.

⑨ العلاقات ومصادر الدعم.

طرق التقييم التشخيصي

I. المقابلة

① إن المقابلة هي تقنية التقييم الأكثر استخداماً في ممارسة الطب النفسي.

② إن المقابلة لا تعطي معلومات واقعية عن المريض فقط، ولكنها تعطي أيضاً فرصة مراقبة المميزات كالمظهر والأسلوب والكلام وطراز الاستجابة للأشخاص.

③ تعطي المقابلة مع أشخاص غير المريض معلومات مستقلة يمكن أن تتناسب مع تقرير المريض أو تدل على اختلافات هامة. وهذا المصدر من المعلومات مهم خاصة عندما يكون المريض دون بصيرة أو لديه هلاوس أو مشوشاً أو غير متعاون أو لا يمكن التفاهم معه لسبب آخر.

④ تتضمن المقابلة النفسية السؤال عن النقاط التالية:

1. الشكوى الرئيسة.
2. قصة المريض الحالية.
3. طبيعة التكيف السابق.
4. السوابق العائلية والزواج.
5. التاريخ الثقافي والاجتماعي والمهني.
6. السوابق الطبية (المرضية).

⑤ توجد أشكال أخرى من المقابلات العامة والمقابلات ذات التركيبة الخاصة، مشتملة بعض المقابلات المصممة لتقييم أبعاد محاور *DSM - IV* .

1. صمم المخطط المهيأ للاضطرابات الوجدانية والفصام *Schedule for Affective Disorder and Schizophrenia (SADS)* لإعطاء إجابات على أسئلة معيارية لوضع تشخيصات وفق المعايير التشخيصية لدليل التشخيص الإحصائي الرابع المعدل

لجمعية الطب النفسي الأمريكية *DSM-IV-TR* والمراجعة العاشرة للتصنيف الدولي للاضطرابات النفسية والسلوكية لمنظمة الصحة العالمية *I.C.D-10*.

❷ إن مخطط المقابلة التشخيصية *Diagnostic Interview Schedule (DIS)*. هو مقابلة مخططة بحيث يطبقها غير المحترفين للحصول على معلومات تتعلق بتشخيصات وفق *DSM-IV* و *I.C.D* ومعلومات عن القصة الشخصية والمتغيرات السكانية (الديموغرافية). وقد استخدم في الدراسات الوبائية وترجم من أجل دراسات الانتشار والخطورة في كل الأمم والثقافات تقريباً.

❸ المقابلة السريرية المهيأة من أجل *Structured Clinical Interview For DSM - IV ,SCID DSM-IV* هي تالية لـ *SADS* وتؤمن معلومات وقرارات بشكل شجرة لوضع التشخيصات وفقاً لمعايير *DSM - IV* وطبعته المعدلة.

⑥ إن مخططات المقابلة المعيارية لا تساعد في اتخاذ قرار تشخيصي سريع فحسب، وإنما تحسن أيضاً مصداقية التشخيصات باستخدام معايير النظام التشخيصي.

II. الفحص الجسمي والعصبي

① إن الفحص الجسمي والعصبي الاعتيادي (الروتيني) هو جزء أساس من التقييم النفسي العام.

② بما أن العديد من الاضطرابات النفسية ذات أعراض تتضمن اضطرابات الوظائف الفيزيولوجية (مثل الاكتئاب والقلق واضطرابات التحويل...) وبما أن العديد من المرضى يقلقون بشكل غير طبيعي بشأن صحتهم أو يظهرون أنفسهم كمرضى جسديين (مثل الاضطرابات جسدية الشكل...) فمن الهام وضع تشخيص تفريقي دقيق.

③ بعض المشكلات النفسية تعطي أعراض اضطراب دماغي، لذا فإن التقييم الدقيق للأعراض العصبية مهم بشكل خاص.

④ ساهم التقدم المعاصر في تقنيات التصوير بالطب العام في تقييم التشخيص للطب النفسي أيضاً.

❶ يستخدم التصوير الطبقي المحوري المحسب (*CAT scn*) جملة أشعة X كاشفة متحركة لتشكيل مقاطع معترضة متلاحقة في الدماغ لإظهار الفروق في كثافة النسج التي قد تشير إلى انسداد الأوعية الدموية وانكماش النسج.

❷ يعطي تصوير الاستجابة النووية المغناطيسية (*NMR*) صوراً للدماغ أفضل من صور *CAT* تسمح بكشف فروق أو انحرافات بسيطة في بنية الدماغ.

❸ التصوير الطبقي بإصدار بوزيترون (*PET*) تحقن نظائر مشعة في الدم. وهو يسمح بكشف الفروق الناحية في الفعالية الاستقلابية للدماغ.

① أظهرت صور *PET* نماذج مختلفة من فعالية الدماغ عند المرضى الذين شخصوا كفصاميين أو مكتئبين.

② ساعدت صور *PET* في كشف مناطق معينة من الدماغ قد تكون متورطة في اضطراب الهلع واضطراب الوسواس القهري.

⑤ يستخدم تخطيط الدماغ الكهربائي (*EEG*) للحصول على سجلات عن فعالية أمواج بحمل الدماغ، أو الاستجابات لبعض أنماط المحرضات (الكمونات المحرضة).

❶ يستخدم تخطيط الدماغ الكهربائي (*EEG*) بشكل تقليدي لتشخيص اضطرابات النظم الدماغي (مثل الاختلاجات) ونماذج النوم.

❺ وقد أظهر التحليل بالكمبيوتر لنماذج أمواج الدماغ والكمونات المحرضة بعض الاختلافات عند مجموعة من المرضى النفسيين مما قد يكون مفيداً في التشخيص.

⑥ إن الفحوص المخبرية هامة بشكل خاص في تقييم استخدام الكيميائيات وبدء المعالجات الدوائية ومراقبتها.

III. فحص الحالة العقلية الحاضرة

① إن فحص الحالة العقلية هو شكل خاص من التقييم يجري غالباً أثناء المقابلة لأخذ القصة، وهو يعطي الملخص التالي لتسجيل وصف الطبيب لسلوك المريض.

❶ الموقف والسلوك والأسلوب:

① يلاحظ المظهر والملبس والتعبير الوجهي والفعالية والوضعية والسلوك.

② تشمل الاضطرابات انحرافات في درجة الفعالية والتصنع وتشوه الحركية وعدم التعاون.

❷ المحتوى العقلي:

① وهو يتألف من الأفكار والاهتمامات والميول المسيطرة على عقل المريض.

② تشمل اضطرابات المحتوى: التوهمات والهلاوس والوساوس والرهابات.

❸ الحس والذكاء:

① تقييم درجة وعي المريض ومستوى أدائه الوظيفي.

② يمكن أن تظهر اضطرابات التوجه والذاكرة والتذكر والانتباه والمعلومات والمحاكمة بأسئلة معيارية وامتحانات خاصة.

❹ تدفق الأفكار (كما تتظاهر في تدفق الكلام).

① تم الحصول على معلومات عن الأوجه الكمية والكيفية لمحادثة المريض.

② تشمل الاضطرابات: الإنتاجية العالية والمنخفضة، واللا ترابط، والغموض والتفكك.

❺ الوتيرة العاطفية:

① وهي تشمل تقرير المريض عن مشاعره الشخصية (المزاج والوجدان) وملاحظات الفاحص عن التعبير الوجهي والوضعية والموقف.

② وتشمل الاضطرابات: الانحرافات الكمية (ارتفاع مزاج، اكتئاب، لا مبالاة) والتنافر (عدم التوافق بين تقرير المريض الشخصي وسلوكه ومحتوى تفكيره).

❻ البصيرة: وهي تعني الدرجة التي يستطيع بها المريض تقدير طبيعة حالته وحاجته إلى المعالجة.

② طورت الأدوات لجعل فحص الحالة العقلية معيارياً:

❶ يستخدم مخطط الحالة العقلية *Mental Status Schedule* من قبل الشخص المقابل *Interviewer* المدرب مسترشداً بمخطط مقابلة معياري.

❷ يومن المقياس النفسي متعدد الأبعاد للمريض الداخلي *Inpatient Multidimensional Psychiatric Scale* طريقة منظمة لتصنيف سلوك المرضى النفسيين الذين يصعب إجراء مقابلة معهم.

③ لقد أفردت كتيّباً مستقلاً لفحص الحالة العقلية الحاضرة الذي وضعه الباحث البروفسور **وينغ** ورفاقه *J.K. Wing (J.E. Cooper N. Sartorious)* بعد أن

أجـــريتُ تعديلاً عليه بحيث غدا مناسباً لكل الأوساط والأفراد في البيئات العربية المختلفة وصدر عن دار شعاع للنشر والعلوم باسم **فكرة وجيزة عن فحص الحالة العقلية الحاضرة.**

IV. القصة النفسية الاجتماعية

① تؤمن القصة النفسية الاجتماعية تقريراً عن الحياة الاجتماعية وتقريراً عن حـــياة الشخص (مع انتباه خاص للظروف والأحداث والارتكاسات) وتوضع المشكلات المتظاهرة وفق الترتيب الزمني لها وتسجل في التقرير.

② إن الكروب والظروف التي يعيش فيها الشخص وطبيعة ونوعية علاقاته الشخـــصية الهامة وكفاءته ومهاراته التي تظهر في تجاربه الثقافية وعمله ذات أهمية خاصة.

③ من المفيد، عند الإمكان، الحصول على المعلومات من الزوجة أو الأب، إضافة إلى المريض.

④ إن الأصـــناف العامة من المعلومات التي تشملها المقابلة على قصة نفسية اجتماعية هي:

❶ معلومات عامة عن الهوية (ديموغرافية).

❷ معلومات عن عائلة الوالدين.

❸ قصة التطور.

❹ قصة التعلم.

❺ قصة الزواج والظروف العائلية الحالية.

❻ القصة المهنية والوضع المهني والمادي الحالي.

❼ القصة العسكرية.

❽ القصة القانونية والإجرامية.

❾ قصة الأمراض الجسدية ومعالجتها.

❿ قصة أعراض نفسية وتشخيصاتها ومعالجاتها.

⑤ تـوجد مخططات جاهزة لمقابلة أخذ القصة مشتملة بعض المخططات التي يطـبقها الحاسـوب ويحـسب علاماتها ويحللها، مثل القصة النفسية الاجتماعية *Giannetti On Line (GOLPH)* والقصة الاجتماعية لـ *IPS* وهي متوفرة في المراكز المتطورة في كل من أميركا وبعض بلدان أوربا.

٧. الاختبار النفسي *Psychological Testing*

إن تطور المقاييس النفسية ذات المميزات الإنسانية قد أمن أدوات عديدة للتقييم النفسي.

① إن الفـروق بـين شخص وآخر هي وجه معروف عموماً للعديد من مميزات السلوك الإنساني، والاختبار النفسي يعتمد على افتراض أن هذه الفروق يمكن قياسها.

② تقنياً، الاختبار هو طريقة منظمة لمقارنة سلوك شخصين أو أكثر.

③ إن تطوير وإجراء وتفسير الاختبارات الأكثر شيوعاً واستخداماً في التقييم النفـسي يتطلب مهارة وتدريباً خاصين، وقد وضعت الجمعية الأميركية النفسية *American Psychological Association* معايير أخلاقية لتوزيع واستخدام الاختبارات النفسية. وكذلك منظمة الصحة العالمية.

④ توجد معايير لتقييم الاختبارات النفسية، فعلى الرغم من اختلاف الاختبارات النفسية في المحتوى والهدف ومدى تطبيقها فإنها تقيم بالمعايير التالية:

❶ المصداقية *Reliability* وهي تناسق ما يقيسه الاختبار مع ما يهدف لقياسه.

❷ الـصحة *Validity* أي الدقة التي يؤدي بها الاختبار هدفه في التوقع والاختيار والتصنيف.

❸ المعـــيارية *Standardization* تسجيل استجابات مجموعات شاهدة بحيث يمكن مقارنة أداء الشخص مع أداء المجموعة المناسبة.

❹ عندما تستخدم نتائج الاختبار لتوقع النتائج أو لتصنيف الأشخاص يجب أن يتوجه الانتباه إلى أخطاء التصنيف والمخاطر المترافقة معها.

① تـــشير الإيجابـــيات الكاذبة إلى تصنيف الأشخاص على أنهم مصابون باضطراب بينما هم في الحقيقة ليسوا كذلك.

② وتشير السلبيات الكاذبة إلى تصنيف الأشخاص على أنهم غير مصابين باضطراب بينما هم ليسوا كذلك.

③ إن أهمـــية أخطاء التصنيف تعتمد على الخطورة المترافقة مع التشخيص الخاطىء والمعالجة، أو فشل المعالجة.

④ بما أن مقاييس التقييم نادراً ما تخلو من خطأ، فإن التكلفة النسبية لأخطاء التصنيف يجب أن توازن مع فوائد التصنيف الصحيح.

⑤ المميزات الأخرى للاختبارات:

❶ الـــشخص مقابل المجموعة *Individual Versus Group* . فبعض الاختـــبارات يمكـــن تطبيقها على شخص واحد فقط في وقت ما (اختبارات فردية) بينما يمكن تطبيق اختبارات أخرى على عدد من الأشخاص في وقت واحد (اختبارات مجموعات).

❷ معايرة التطبيق. تختلف الاختبارات في الدرجة التي يجب أن يتبع بها الفاحص إجراء موصوفاً مسبقاً.

❸ الموضوعية *Objectivity*. تختلف الاختبارات في الدرجة التي يطلب التفـــسير فيها لإعطاء نتائج الاختبارات، فالفحص الموضوعي هو الـــذي يُقلـــص نـــتائج الاختلافات بين الفاحصين المختلفين على تنوعهم.

❹ شكل الإجابة. تتطلب بعض الاختبارات شكلاً نوعياً من الإجابة (مثل صح ـ خطأ) بينما تسمح اختبارات أخرى بإجابات مفتوحة (مثل إتمام الجملة).

⑥ هناك أنواع مختلفة ومتعددة جداً من الاختبارات النفسية. وسأشرح فيما يلي الأنماط الأكثر أهمية من بين الأنماط التالية:

❶ اختبارات الذكاء.

❷ اختبارات الشخصية.

① اختبارات الشخصية الموضوعية.

② التقنيات الإسقاطية *Projective* لقياس الشخصية.

❸ تقييم السلوك.

❹ اختبارات عصبية نفسية.

❺ اختبارات مهنية وتعليمية.

1: اختبارات الذكاء *Intelligence tests*

إن المفهوم النظري للذكاء هو موضوع جدل بين الباحثين النفسيين، وخاصة بالنسبة لكون الذكاء بشكل رئيس، مقدرة ذكائية أو تركيبة من وظائف معرفية نوعية ومستقلة نوعاً ما.

يعتبر الذكاء المُقَاس باختبارات الذكاء أنه المقدرة العامة والثابتة نسبياً على التعلم والتعامل بشكل فعّال مع المحيط.

يفترض أن الذكاء موزع بشكل طبيعي بين الناس، وتسجل نتائج اختبارات الذكاء، عادة بشكل علامات *IQ* (*Intelligence Quotient* معامل الذكاء).

تدل علامات *IQ* على موقع أداء الشخص باختبار نسبة لمعدل أداء مجموعة من نفس عمره ومعدل *IQ* هو 100، ويتضمن التصنيف المستخدم بشكل واسع في قياسات الذكاء:

1. متفوق جداً IQ = 130 أو أكثر.
2. متفوق IQ = 120-129.
3. لامع ـ عادي IQ = 110-119.
4. متوسط IQ = 90-109.
5. بليد ـ طبيعي IQ = 80-89.
6. حدي IQ = 70-79.
7. قاصر عقلياً IQ = 69 أو أقل.

صنفت الجمعية الأميركية القصور العقلي في الجدول التشخيصي لأطباء أميركا إلى أربعة أصناف للتخلف العقلي هي:

1. خفيف IQ = 50-69.
2. معتدل IQ = 35-50.
3. شديد IQ = 20-35.
4. عميق IQ = 20 أو أقل.

ويستخدم اختبار الذكاء في ممارسة الطب النفسي من أجل:

1. المساعدة في وضع تشخيص للتخلف العقلي.
2. تقييم تأثيرات أذية الدماغ.
3. تقييم الأداء الذكائي الفعال، في الاضطرابات النفسية.
4. تحديد مصادر المريض الذكائية للتكيف المهني والتعليمي.
5. تحديد فعالية تطبيق مصادر الذكاء (مثلاً عندما يحد منها القلق أو الاكتئاب).
6. إظهار نماذج الأداء التي ينظر إليها السريري على أنها تعبير عن مميزات الشخصية.

7. بما أن الذكاء تحدده الثقافة بدرجة كبيرة فإن اختبارات الذكاء تعكس الكفاءات والإنجازات التي تعتبر هامة للنجاح في الثقافة:

أ. إن أسئلة ومسائل اختبارات الذكاء الرئيسة تفترض التآلف مع اللغة وحل المسائل المكتسبة من خبرات الطفولة وخاصة في المدارس.

ب. يجب أن تُفسَر نتائج اختبارات الذكاء مع الأخذ الكامل بعين الاعتبار لملائمة الاختبار للشخص المعين الجاري اختباره.

ج. يجب أن يعطى انتباه خاص للاختلافات الثقافية و/ أو اللغوية التي قد تؤثر على أدائه في الاختبار.

اختبارات الذكاء الرئيسة المستخدمة حالياً

❶ ستانفورد - بينيه المنقح *The Revised Stanford - Binet (1973)*:

① وهو اختبار ذكاء يستخدم على نطاق واسع ويطبق بشكل فردي عند الأطفال كما يستخدم لتقييم التخلف العقلي.

② يفيد كمعيار للمقارنة مع الاختبارات الأخرى لمقدرة الذكاء.

③ وهو مكون من واجبات ومسائل متعددة منظمة بحسب مستويات العمر مرتبة من سنتين وحتى الكهولة المتأخرة.

④ تجمع المسائل المحلولة بنجاح بمستوى كل سنة ويعبر عن المجموع بعلامة العمر العقلي ***Mental Age Score*** وله معادل من ***IQ***.

⑤ وقد أثبت الاختبار أنه مفيد في توقع الإنجاز المدرسي.

⑥ وتشتمل الأمثلة على أنماط الواجبات: المفردات، ومدى الذاكرة للأرقام، والكلمات، والجمل، والتفكير المنطقي، والاستيعاب، ونقل أشكال هندسية. وهو يؤكد على القدرة اللغوية بقوة.

⑦ للاختبار فائدة محدودة عند الكهول إلاّ عندما يكون التخلف العقلي موضوعاً بالاعتبار لأنه معاير بشكل رئيس للأطفال ومؤلف من واجبات أكثر ملاءمة لهم.

⑧ وهو الاختبار الأمثل لتقييم موثوق للمجالات الكبيرة من الذكاء، سواءً المنخفض أو المرتفع.

❷ الطبعة الرابعة لستانفورد - بينيه (1986)

① قدم هذا التنقيح بعض التأثيرات الكبيرة في تنظيم ومحتوى المقياس.

❶ نظم 15 اختباراً فردياً وفق مجالات محتوى التفكير المنطقي الشفهي والتفكير التجريدي / البصري والتفكير المنطقي الكمي والذاكرة قصيرة الأمد.

❷ ترتب فقرات الاختبار بحسب تزايد صعوبتها، وليس بحسب مستويات العمر كما في الطبعات السابقة.

② إن الطبعة الحديثة لم تكن في الاستخدام لفترة طويلة تكفي لإعطاء البحث الضروري لتقييم استخداماتها السريرية وفوائدها الأفضل من المقياس الذي صممت لتحل محله.

❸ مقياس ويشسلر لذكاء الكهول

Wechsler Adult intelligence Scale (WAIS-R) (1981)

① وهو اختبار الذكاء الفردي الأكثر استخداماً عند الكهول، وهو المعيار الذي تقارن به مقاييس ذكاء الكهول الأخرى.

② وهو مؤلف من سلسلة من الاختبارات الفرعية منظمة في مقياس لغوي ومقياس الأداء.

③ الاختبارات الفرعية اللغوية وتتألف من المعلومات وإدراك التشابهات والحساب ومدى الأرقام، والمفردات.

④ الاختبارات الفرعية الأدائية هي ترتيب صور وتصميم مبان كبيرة وتركيب مواضيع ورموز أرقام.

⑤ ويعطي الاختبار ثلاث علامات IQ:

❶ IQ المقياس اللغوي *Verbal scale IQ*

❷ IQ مقياس الأداء *Performance scale IQ*

❸ IQ المقياس الكلي *Full scale IQ*

⑥ وقد تكون الاختلافات بين علامات IQ اللغوي والأداء ذات أهمية تشخيصية أحياناً.. وقد اقترحت فرضيات عديدة بشأن الوسائل التي قد تتناسب بها علامات نماذج الاختبارات الفرعية مع التشخيصات النوعية، ولكن لم يطور تحليل نموذج مقبول بشكل واسع.

⑦ وقد طورت صيغتان من الاختبار للأطفال.

الأولى: مقياس ويشسلر لذكاء الأطفال

Wechsler intelligence scale for children (WISC-R)

وهو تنقيح عام *1974* لـ *WISC* الأصلي. وهو مصمم لأعمار الأطفال من خمسة إلى خمسة عشر عاماً. وهو اختبار الذكاء الأكثر استخداماً عند الأطفال.

الثانية: مقياس ويشسلر البدئي لذكاء ما قبل المدرسة

Wechsler preschool primary scale of intelligence (WPPSI-R)

وقد طور لأعمار الأطفال من ثلاث سنوات إلى ست سنوات ونصف.

❹ اختبارات الذكاء الفردية الخاصة

وينصح باستخدامها مع الأميين والعميان والصم والأشخاص المعاقين الآخرين الذين لا يمكن اختبارهم بدقة بالاختبارات العادية.

❺ اختبارات المجموعات

① توجد أعداد كبيرة من اختبارات الذكاء الجماعية المؤلفة من ورقة وقلم رصاص وتستخدم بشكل رئيس في المدارس وإدارات الأفراد في الصناعة والأعمال.

② ومع أن هذه الاختبارات تعطي عموماً علامات *IQ* فإن الاحتفاظ بتعبير *IQ* لنتائج اختبارات الذكاء الفردية ذو معنى أكثر.

2: اختبارات الشخصية *Personality tests*

① هناك عدد كبير من مقاييس الشخصية تختلف في شكلها ومحتواها وهدفها وتفسيرها. بعضها محاولات لتقييم سمات أو ميزات الشخصية، وبعضها عبارة عن محاولات لإظهار نموذج من ديناميات الشخصية مثل (الدوافع والدفاعات والصراعات).

② اختبارات الشخصية الموضوعية *Objective personality tests*:

❶ تتخذ الاختبارات الموضوعية عادة شكل مقاييس استفتاء أو تصنيف، ويجيب الأشخاص على الفقرات وفقاً لتميزهم في معاناتهم وسلوكهم.

❷ تطبق الاختبارات وتعطى علاماتها بطريقة معيارية ويعبر عن النتائج بعلامات رقمية.

❸ بما أن الاختبارات الموضوعية هي شكل من التقرير الذاتي فهي مفتوحة للتزييف والخداع، وإن سهولة تطبيقها تسمح باختيار عدد كبير من الأشخاص من قبل هيئة غير الهيئة الخاصة.

③ اختبار مينيسوتا متعدد الوجوه

The minnesota multiphasic personality invetory (MMPI)

هو الاختبار الشخصية الموضوعي الأوسع استخداماً في ممارسة الطب النفسي في الولايات المتحدة الأميركية وهو يتألف من (566) فقرة ذات إجابات صح / خطأ.

❶ مقاييس الصحة:

هنـاك أربعة مقاييس خاصة تعطى علاماتها لتدل على استعدادات التجاوب مع الاختبار، وهي قد تجعل تفسير الاختبار مشكوكاً فيه.

❷ المقاييس السريرية:

تسجل الإجابات بلغة التوافق مع إجابات المجموعة النفسية المشخصة. يمكـن إعطـاء علامات المقاييس السريرية لداء المراق والاكتئاب والهـستيريا والانحراف المعادي للمجتمع *psychopathic deviate* والـزور *paranoia* والـوهن النفسي *psychasthenia* والفصام *schizophrenia* والهوس. ويستخدم اختباران آخران هما الذكورة – الأنوثة والانطواء الذاتي الاجتماعي بالترابط مع المقاييس السريرية عادة.

❸ مقاييس أخرى

طـوّر العديـد من مقاييس البحث *Research scales* بالإضافة إلى المقايـيس السريرية لأهداف خاصة أو لقياس ميزات أخرى للشخصية (مثل الاعتمادية، قوة الأنا...).

❹ التفسير *interpretation*

طورت في السنوات الأخيرة تفسيرات معيارية للنماذج العامة، ويمكن أن تستخدم الآن برامج حاسوبية (كمبيوتر) لإعطاء علامات الاختبار وإعطاء تحليل لمخططات العلامات.

❺ التقييم: لقد وضعت مجموعة كبيرة من الكتابات (عدة آلاف مقالة وكتاب) متعلقة بـ *MMPI* تدل على أن الاختبار موثوق وصحيح لدرجة تكفي لتطبيقه في العديد من التطبيقات السريرية.

④ *MMPI*: لقـد اكـتمل التنقيح الواسع له عام 1898 وعُدلت بعض الفقرات أو استبدلت لأن صلاحيتها انتهت بسبب متغيرات كثيرة أهمها

اســـتعمال اللغة منذ منشأ القائمة عام 1940. وأدخلت فقرات جديدة وحديـــثة لتؤمن محتوى لم يكن ممثلاً في الاختبار الأصلي. كما وتمت معايـــرة الـــتعديل الجديد على مجموعة طبيعية أكثر تغايراً من (طبيعيي منيسوتا *Minnesota Normal*) في المعيار الأصلي.

كما وطورت مقاييس محتوى جديدة إضافة إلى تعديل المقاييس التقليدية.

وحالياً يطور شكل مستقل من القائمة خاص بالمراهقين.

أنوه إلى أن الدراسات المبدئية تشير إلى فروق في أنماط مخططات الاختبار بـــشكليه المعدلين عندما يطبقان على نفس الشخص في ثلث الحالات تقـــريباً. وما نزال نحتاج إلى بحث أكثر لتأمين وفر من الوثائق والتطبيق السريري اللذين جعلا القائمة الأصلية أداة سريرية قيمة.

⑤ اختبارات الشخصية الموضوعية الأخرى الموضوعة قيد الاستعمال السريري.

على الرغم من تطوير مئات من اختبارات ومقاييس الشخصية لتقييم وتوسيع نظريات خاصة عن الشخصية، أو لأهداف بحث أخرى، فإن معظمها ليس مفيداً مباشرة كأداة تشخيصية أو توصيفية في الممارسة السريرية.

تتـــضمن الاختبارات الأخرى الموضوعية عديدة المقاييس التي وجدت مفيدة في ممارسة الطب النفسي:

❶ مقـــياس عامـــل الشخـــصية الـــسادس عـــشر لــــ كاتـــل *Cattels Sixteen personality Factor scale (16 PF)*

❷ قائمـــة صفات الشخصية التفريقية *The Differential personality Inventory (DPI)* الذي طوره جاكسون.

❸ قائمة الصفات السريرية متعددة المحاور لـــ ميلون *The Millon clinical Multiaxial Inventory (MCMI-R)*

❹ قائمة الصفات النفسية لـــ كاليفورنيا غوف *Goughs California psycological inventory (CPI)*

❺ مشعر النمط لـــ مايرز ـ بريغس *The Myers - Briggs Indicator* المعتمد على نظرية **كارل غوستاف يونغ** *Jung* عن أنماط الشخصية.

على كلٍ لم يستطع أي من هذه الاختبارات حتى الآن مجاراة الاستخدام والبحث السريرين الواسعين لـــ *MMPI* ولكن قد يثبت أنها إضافات قيمة على تقنيات التقييم السريري.

⑥ طور عدد من المقاييس الموضوعية القصيرة ذات الإجابات الذاتية لتقييم نماذج السلوك ذات الأهمية السريرية ومنها:

❶ مخطط المسح للخوف *The fear Survey Schedule (FSS)*

❷ قائمة صفات قلق الحالة – السمة *The State - Trait Anxiety Inventory*

❸ قائمة صفات الاكتئاب لآرون بيك *The Beck Depression Inventory*

❹ قائمة صفات الوسواس القهري لـــ مودسلي
The Maudsley Obsessional Compulsive Inventory

⑦ التقنيات الإسقاطية لقياس الشخصية
Projective Techniques of Measuring Personality

❶ يعـــني التعـــبير الإسقاطي *Projective* أن المريض يسقط شخصيته في الإجابـــات التي يعطيها، وبشكل عام إن مواد معظم الطرق الإسقاطية غـــير مـــنظمة أو غامضة وبالتالي يطلب إلى المريض أن يرتبها بطريقة تخيلية ما. وللمرضى حرية كاملة في إجاباتهم، ويفترض أن الطريقة التي يجـــيب بها المرضى تُظهر العوامل العاطفية والحافزية المميزة لهم، وربما بطريقة لا شعورية، وإن تفسير الإجابات شخصي، ويعتمد عادة على الافتراضـــات النظرية للمُفَسر، وهذا يؤدي إلى تفسير أقل تناسباً من ذلـــك المأخـــوذ مـــن الاختبارات الموضوعية، كما أن إجراء وتفسير الاختبارات الإسقاطية يتطلبان خبرة وتدريباً خاصين.

- إن طـــريقة رورسشاخ *Rorschach method* هي التقنية المعروفة بشكل أفضل وأوسع استعمالاً بين التقنيات الإسقاطية.

① هيـــرمان رورسشاخ *Hermann Rorschach* هو طبيب نفسي سويـــسري (1884-1922) بـــدأ باستخدام بقع الحبر *Ink blot* لأغـــراض تشخيـــصية وتوصـــيفية، وقد أدخل تلامذته اختبار رورســـشاخ إلى الولايات المتحدة الأميركية، ومنذ بداية 1930 أصـــبحت الـــولايات المتحدة المصدر الرئيس للبحث في طريقة رورسشاخ.

② وقـــد طورت أنظمة أو مقاربات عديدة للاختبار، وبين الأنظمة المعـــروفة بـــشكل كبير أنظمة **صموئيل بيك** *Samuel Beck* و**مارغريت هرتز** *Marguerite Hertz* و**زيغموت بيوتروفسكي** *Zygmut Piotrowski* و**برونـــو كلوبفـــر** *Bruno Klopfer* وديفيد رابابورت *David Rappaport* بالتعاون مع روي شافر *Roy Schafer*.

③ وقد كان هناك اختلافات في الرأي وجدال كثير ومتنوع بين واضعي هذه الأنظمة، ولكل نظام موقعه عند الإجراء ووضع العلامـــات (متضمنة رموز العلامات) والتفسير، ولكن هناك بعض التشابه العام بينهم.

④ التطبيق ووضع العلامات:

- تتألف كل مادة من عشرة رسوم (بقع حبر) وعلى الرغم من الاخـــتلافات في التعليمات من نظام إلى نظام فإنها تطلب إلى المرضـــى عمـــوماً أن يصفوا ما الذي تشبهه كل واحدة منها، ويمكن أن يعطوا العدد الذي يرغبونه من الإجابات لكل بطاقة.
- بعد إجراء الاختبار يسأل الفاحص المفحوص عن الإجابات التي كتبها، ويطلب منه أن يشير على رسم الحبر إلى الموقع

الذي دفعه إلى هذه الإجابة، وأن يقول ما الصفة في الرسم (مثلاً الشكل أو اللون أو الجوهر) التي ساهمت في الإجابة.

مرة ثانية هناك بعض الاختلاف بين المقاربات الخمس في كمية التفاصيل والتعقيدات التي يظهرها هذا السؤال.

- تعطى العلامات والإجابات وفقاً لـــ:
  - المحتوى (مثل إنسان أو حيوان أو جسم أو أشعة x)
  - الساحة من الرسم التي اشتملت في المحتوى (كل الرسم أو جزء خاص منه).
  - مميزات الرسم (مثل اللون والظل والشكل) التي حددت المحتوى.

⑤ يعتمد التفسير على الأهمية الشخصية المفترضة للإجابات للطرق المميزة التي يرتب بها المرضى إجاباتهم.

- تـــرتبط النظريات الموضوعة الخاصة بإجابات رورسشاخ بعوامل كالموقع واستخدام اللون والجوهر والحركة والمحتوى والتـــالي بمميـــزات الشخصية والأمراض النفسية والقوى الخاصة *Special strength*.
- يعتمد التفسير في معظم الأنظمة على نظرية التحليل النفسي بشدة، وإن نظام **كلوبفر** يتبع أسلوب **يونغ** في تفسيره.

⑥ لقد كتب أدب عظيم عن رورسشاخ (عدة آلاف مقالة وكتاب)، ولكن تعقيدات التقنية (الإجراء والعلامات والتفسير) ووجود مقاربات منظمة مختلفة للاختبار قد جعل البحث صعباً، وعلى الرغم من أن بعض الأبحاث كانت قوية فإن الكثير منها يناسب معايير تصميم البحث بشكل كبير، إضافة إلى أن قراءة أدب رورسشاخ على مدى السنين قد أبرزت أسئلة هامة متعلقة بمدى مصداقية وصحة هذه الأداة.

⑦ نظام اكسنر الاستيعابي *The Exner Comprehensive system*:

- دمج **ج. اي. اكسنر** المقاربات المختلفة **لرورسشاخ** في نظام استيعابي لوضع العلامات والتفسير.
- وضعت عناصر **اكسنر** تجريبياً وهي طيعة لجعل البحث صحيحاً.
- إن ظهور القرائن وربط متغيرات رورسشاخ مع المتغيرات السريرية أعطيا مقاييس تسمح بتقييم معايير الاختبارات الموضوعية (المصداقية، الصحة) بشكل أكثر ملاءمة في رورسشاخ مع احتفاظها بقدرتها على إعطاء مجال واسع من الإجابات الشخصية.

⑧ لقد كانت مقاربة **اكسنر** مفيدة في حث البحث كما كانت مساعدة في الاهتمام الجديد والواسع برورسشاخ كإجراء تقييمي سريري.

❸ اختبار إدراك أو تفهم الموضوع بالترابط

Thematic apperception test (TAT)

① يتألف هذا الاختبار من عشرين صورة، ويطلب إلى المريض أن يحكي قصة عن كل صورة.

② وتفسر القصص بلغة أفكارها الرئيسة وتناولها الحالات الحافزية *motivational states* وحل الصراعات والطرق التي تعترض فيها العلاقات بين الأشخاص ومدى تطابق المرضى مع الشخصيات التي يصفونها.

③ وقد طورت طرق عديدة كاملة لوضع العلامات وهي تتطلب تدريباً خاصاً.

④ يميل استخدام *TAT* الآن لأن يكون في بحث الشخصية أكثر منه في التقييم السريري.

❹ تقنيات إسقاطية أخرى:

صممت أعداد كبيرة من تقنيات أخرى تشمل ترابط الكلمات، وإتمام الجمل، والرسم، وحكاية القصص. وهي جميعها تفترض أن الخيال والنتاج أدلة هامة على الشخصية.

3: تقييم السلوك *Behavioral Assessment*

① إن زيادة استعمال مفاهيم المدرسة السلوكية ومناهجها في الممارسة السريرية قد ترافقت مع إنشاء تقنيات لتقييم السلوك.

② في تقييم السلوك يوجه التأكيد إلى التوصيف الموضوعي للسلوك والحوادث، وإلى الحوادث البيئية والمحيطية السابقة للسلوك موضوع التحري والناتج عنه.

③ وبالرغم من أن بعض طرق تقييم السلوك مشابهة لطرق التحري التقليدية فإن الهدف هو استخراج معلومات عن الارتكاسات المميزة للمواقف مع حد أدنى من الاستنتاج وبدون استخراج معلومات عن محددات آلية الدفاع النفسية *psychodynamic determinants*.

④ إن التأكيد على التوصيفات الموضوعية للسلوك الحالي يجعل تقييم السلوك مفيداً للممارس الانتقائي (الممارس الانتقائي *Eclectic*: هو المعالج الذي لا يعتمد على نظرية واحدة في مقاربته للمريض بل ينتقي من عدة نظريات).

⑤ تتضمن تقنيات تقييم السلوك:

❶ المقابلة

① تستخدم المقابلة للحصول على معلومات من الشخص نفسه عن السلوك المشكلة وعن الظروف التي تؤثر فيه.

② كمـــا تـــؤمن المقابلة فرصة لوضع فرضيات ولاختبارها فيما يخص الحوادث التي قد تضر بمحاولات تعديل سلوك المريض أو تدعمها.

❷ قوائم الصفات والمقاييس :*Inventories and scales*:

① يمكـــن الحصول على معلومات مســـجلة شخصياً بالاســـتبيان *questionnaire* وقوائم السلوك والموقف *behavior and situation*.

② إن الأعـــداد الكبيرة من الوسائل ذات الأهداف الخاصة التي ظهرت ما تزال في ازدياد، وما تزال المعلومات عن مصداقيتها وتطبيقها تجمع حالياً.

❸ المراقبة *Observation*:

① اســـتخدمت تقنـــيات مباشرة وغير مباشرة للحصول على المعلومات عن السلوك.

② علـــى الرغم من أن الوسائل غير المباشرة مفضلة لأنها لا تؤثر بـــذاتها علـــى السلوك فقد لا تكون عملية في معظم المواقف السريرية.

❹ المحاكاة *Simulation*:

① تدعى هذه التقنية أيضاً: لعب الدور *Role Playing*.

② تصنع مواقف "حياتية حقيقية" ويطلب إلى المريض أن يأخذ فيها دوراً.

③ يستطيع المعالج عن طريق مراقبة كيفية لعب المريض للدور أن يراقب الأشكال المميزة لاستجابة المريض.

④ توحي تحريات تشابه السلوك بين المواقف الطبيعية والمقلدة أن هناك درجة من التوافق.

❺ تقييم التغير العلاجي *Assessment of Therapeutic Change*:

① إن كل الطرق المذكورة في هذا القسم تساهم في تعديل السلوك المشكلة بتوجيه انتباه المريض إلى تكرار حدوثه وإلى السياق المرجح حدوثه فيه.

② كما يمكن استخدام تقييم تفضيل المواقف والفعاليات المعززة، في تخطيط أنظمة تغيير السلوك.

③ وتؤمن المراقبة الذاتية والمحاكاة الفرص للمريض والمعالج لتعديل ومراقبة التغيرات في السلوك.

④ في المعالجات السلوكية تصاغ مشكلات بلغة السلوك الذي يجب أن يغير، وهكذا يمكن استخدام تقنيات تقييم السلوك لتحديد تكرار وتناسق التغيير السلوكي وبالتالي تؤمن مؤشراً على نجاح المعالجة.

❻ إن دمج معطيات مصادر التقييم المختلفة قد يعطي تحليلاً أكثر تفهماً لسلوك المريض الذي يؤكد على العلاقات المتبادلة السلوكية أكثر من تركيزه على أصناف خاصة من السلوك.

4: الاختبارات العصبية النفسية *Neuropsychological Tests*

① إن تقييم العجز الفكري وتمييز الحالات الدماغية العضوية هما غالباً مشكلة في التشخيص النفسي.

② ويمكن إجراء تقييمات أدق للعجز الناجم عن أذية دماغية إذا وجدت علامات لاختبار سابق يمكن مقارنتها مع علامات الأداء الحالية، ونادراً ما يكون هذا ممكناً.

③ هناك بعض الاختبارات التي تقارن الأداء الأكثر تأثراً بأذية الدماغ (التفكير التجريدي) مع الأداء الأقل تأثراً به (مثل المفردات الكلامية).

④ صممت اختبارات أخرى لتقييم أوجه خاصة من الوظيفة الدماغية كالذاكرة والإدراك واستعمال اللغة والتناسق الحركي.

⑤ إن **هالستيد ريتان ولوريا نبراسكا** هما المجموعتان الأكثر شيوعاً واستخداماً بين الاختبارات العصبية النفسية الاستيعابية.

⑥ إن علماء العصبية وعلماء الاستعراف قاموا بإنجازات سريعة في مجال تحديد موقع الفعالية الدماغية وتفهم الوظيفة الاستعرافية. وقد تكون التقنيات التي طورت لأهداف البحث ذات قيمة عظيمة في التقييم السريري للعجز العصبي واحتمال الشفاء.

5: اختبارات المهنة والتعليم *Vocation and educational tests*

① بما أن المشكلات التي يواجهها بعض المرضى تشمل سوء تكيف وعدم رضى مهنيين فإن الاختبار المهني يمكن أن يسهم بمعلومات هامة في نظام المعالجة الإجمالي، وعموماً تقسم الاختبارات المهنية إلى نمطين: قياس الجدارة وقياس الاهتمامات.

② اختبارات الجدارة *Aptitude Tests*

❶ تقيس الاختبارات المتوافرة قدرات وجدارات خاصة مثل المقدرة الكتابية والمقدرة الميكانيكية والتفكير الفراغي المنطقي *Spatial Reasoning* ومهارة اليد والأصابع وحالة التدبير اليدوي.

❷ وتسمح المعدلات الاحصائية بمقارنة علامات الفرد مع علامات مجموعات مهنية مقابلة.

③ اختبارات الإنجاز *Achievement Tests*

❶ إن اختبارات الإنجاز التي تقيس حاصل خبرات التعلم يمكن أن تعطي معلومات مفيدة عن مستوى ومدى إحراز الشخص للمهارات المعتمدة على التعلم.

❷ ويمكن تصنيف اختبارات الإنجاز إلى ثلاثة أصناف عامة:

① مجموعات المسح الإحصائي التي تحتوي اختبارات مهارة أو مواد امتحانية مختلفة.

② اختبارات نوعية للموضوع أو للمجال.

③ اختبارات تشخيصية مصممة للمساعدة في تحديد قوة وضعف شخص معين في مجالات معينة.

❸ هناك تنوع كبير جداً في اختبارات الإنجاز، معظمها مصمم للاستخدام في المدارس، أو يتطلب مهارات في تطبيق الاختبار وتفسيره من قبل مختص بالتعليم.

❹ مع أن الإنجاز لا يمكن عادة استكشافه بالتفصيل في معظم التقنيات النفسية، فإن بعض التقييم للإنجاز مفيد لأن مستوى الإنجاز مشمول غالباً في حالة المريض.

❺ واختبار الإنجاز المفيد في التقييم النفسي هو اختبار الإنجاز واسع المجال *Wide Range Achievement Tests (WRAT)*.

① تدل علامات *(WRAT)* على مستوى الشخص الحالي في التعرف على الكلمات وتهجئتها والحساب الرياضي.

② يفيد *(WRAT)* في تحديد الضعف في المجالات الضرورية كخلفية للتعلم الأكاديمي، وتقترح النتائج الحاجة لتقييم وعلاج أكثر.

④ اختبارات الاهتمام *Interest Tests*

❶ تسمح اختبارات الاهتمام بمقارنة اهتمامات الشخص مع اهتمامات الأشخاص الممثلين لعدد من المهن والحرف.

❷ إن أكثر اختبار اهتمام مهني للكهول شيوعاً هو **قائمة الاهتمامات لـ سترونغ كامبل** *Strong Campbell Interests Inventory (SCII)*

❸ لقــد تبين أن توافق اهتمامات الشخص مع الأعضاء الممثلين لمهن معينة متعلق بقوة بالرضى عن العمل.

⑤ الاختبارات الحرفية والإدارية ***Professional and managerial tests***

❶ إن تقييم الجدارة في الحرف والمهن الإدارية أكثر تعقيداً.

❷ وهـــو يـــشمل تقيـــيم عوامل مختلفة تشمل: المعلومات والذكاء والشخصية والمواقف والاهتمامات.

❸ ولا تعتـــبر هذه الاختبارات بقوة وصحة الاختبارات الأبسط عن الجدارة والاهتمامات.

VI. اتجاهات التقييم النفسي *Trends in Psychiatric Assessment*

① بينما ما يزال التقييم يؤكد على وضع التشخيص وتوصيف شخصية المريض فإن الانتباه يتوجه أيضاً إلى تحديد المشكلات وتطوير برنامج للتدخل.

② ســـاهم الجدول التشخيصي الرابع لجمعية أطباء النفس الأمريكان ***DSM-IV*** الـــذي أنجز عام 1994 ونسخته المعدلة ***DSM-IV-TR*** التي صدرت عام 2000 بتحديد معايير مرتكزة على السلوك لوضع التشخيص في تطوير واســـتخدام إجراءات التقييم الموجهة لمعايير أو لمواقف سريرية معينة. وواضـــح الـــتقارب بينه وبين الجدول التصنيفي للاضطرابات العقلية والسلوكية الصادر عن منظمة الصحة العالمية ***ICD*** الطبعة العاشرة عام 1992.

③ كمـــا ينتقل التأكيد أيضاً من تقييم الإمراضية النفسية أو القصورات إلى اشتمال مجالات الكفاءة.

④ بقـــدر ما يبدو أن السلوك يتأثر بالمميزات الخاصة للبيئة فإن مزيداً من الانتـــباه يوجه إلى المواقف والطريقة التي يستجيب بها المريض للمواقف ويؤثر بها.

⑤ بما أن المرضى يلعبون دوراً أكثر فعالية في معالجتهم وتدبيرهم فإن إجراءات التقييم الذاتي تصبح هامة.

⑥ بما أن التقييم يصبح مع الزمن مكوناً أساسياً في التداخل العلاجي من مراحله البدئية وحتى مرحلة المتابعة.

⑦ في التصنيف متعدد المحاور المقترح في *DSM-IV* ونسخته المعدلة *DSM-IV-TR* لا يكون التقييم مقتصراً على الأعراض (محور I) والشخصية (محور *II*) والاضطرابات الجسمية (محور *III*) فقط، ولكن يشمل أيضاً مصادر الكرب كالمعاناة والمواقف والمشكلات البيئية والنفسية الاجتماعية (محور *IV*) والكفاءة أو مستوى الأداء التكيفي والتقييم الشامل لتأدية الأعمال (محور *V*).

⑧ يجري التقييم في الأنظمة المعتمدة على المشافي بواسطة كل فرع من المعالجات المرافقة *Adjunctive Therapies* (مثل المعالجة المهنية ومعالجة المهارة) وبواسطة العناية التمريضية، وتحدد مشكلات كل مريض أحياناً عن طريق اختبارات مركبة (كما في المعالجة المهنية) وأحياناً عن طريق مراقبة مميزات المريض وحركاته وطرق اتصاله مع الآخرين (كما في معالجة الحركة والتمريض)، ثم تطور له تداخلات وخطط ممكنة لإعادة التأهيل والنمو.

⑨ تُقيّم حالياً البرامج والمؤسسات حيث ينظر إلى تطور المريض فيما يتعلق بفعالية البرامج في المؤسسات الطبية والاجتماعية.

فكرة وجيزة عن
الطريقة الأمريكية
للتقييم النفسي والعقلي

الطريقة الأمريكية
للفحص النفسي والعقلي

I. المقابلة السريرية

أ. وظيفتها

1. خلق علاقة ألفة وثقة في المريض.
2. كشف المعلومات الجسمية والنفسية والاجتماعية التي تساعد على تحديد مشكلة المريض.
3. الحصول على القصة النفسية للمريض التي تشمل المعلومات عن الأمـــراض العقلية واستعمال الكحول والأدوية والنشاط الجنسي والوضع المعيشي الحالي ومصادر الشدة.

ب. (الجدول 13) يظهر أمثلة على تقنيات إجراء المقابلة.

II. فحص الحالة العقلية

أ. فحص الحالة العقلية هو تقييم شامل للحالة الراهنة للأداء العقلي للمريض.

ب. يقيم فحص الحالة العقلية مختلف الصفات المميزة بما فيها الظهور العام (أي المظهر، السلوك، الموقف تجاه الفاحص)، الحس والإدراك (أي مستوى الوعي، التوجه، الذاكرة، الانتباه، التركيز، القدرة الإدراكية، القدرة المكانية *Spatial ability*، القدرة التجريدية *abstraction ability*)، الكلام، المزاج والشعور، التفكير (تسلسلاً ومحتوى)، قدرات الإدراك الحسي، المحاكمة ونفاذ البصيرة، الوثوقية *reliability*، التحكم بالدافع (الجدول 14).

ج. فحص الحالة العقلية المصغّر *(MMSE)* لـ *Folstein*. وهو اختبار يستعمل بشكل شائع لتقييم الاضطراب الإدراكي وتحري التحسن أو التدهور (الجدول 15). تستعمل ضروب من الاختبارات النفسية والنفسية العصبية لتقييم أكثر شمولية للأداء الإدراكي.

(الجدول 13) تقنيات المقابلة

التقنية	الوظيفة النوعي	مثال
لتاسيس علاقة ألفة		
دعم	لإظهار اهتمام الطبيب وقلقه على المريض	"إن ذلك كان معاناة مرعبة لك"
التقمص العاطفي	لإظهار فهم الطبيب الشخصي لمشكلة المريض	"أستطيع أن أدرك أنك قلق من التبعات المالية لهذا المرض"
التأييد	لإعطاء المصداقية والقيمة لمشاعر المريض	"كثير من الناس سوف يشعرون بنفس الشعور إذا تعرضوا لأذيتك"
لجمع المعلومات		
سؤال مفتوح	للحصول على أكبر قدر ممكن من المعلومات بدون توجيه للمريض وبدون إغلاق المساحات المحتملة للمعلومات وثيقة الصلة بالموضوع	"حدثني عن خوفك"
تسهيل	تشجيع المريض على تطوير جواب، يمكن أن يكون سؤالاً شفهياً أو لغة جسمية (مثال: تعبير مازح)	"ومن ثم ماذا حدث"
تفكير *reflection*	لتشجيع المريض على توسيع الجواب بتكرار الإجابة السابقة للمريض	"قلت إن ألمك ازداد بعدما انحنيت لتلتقط اللعبة"
صمت	لزيادة استجابة المريض	"الانتظار بصمت لكي يتكلم المريض"
لتوضيح المعلومات		
سؤال مباشر	لانتزاع معلومات من المريض بسرعة في وضع إسعافي، يتطلب نموذجياً فقط جواباً بنعم أو لا	"هل أخذت بنسلين من قبل"
مواجهة	للإشارة إلى عدم انسجام في إجابات المريض أو في لغته الجسمية	"أنت تقول إنك لست قلقاً من جراحة الغد، ولكنك تبدو لي متوتراً"
تلخيص	لتلخيص المعلومات المأخوذة خلال المقابلة للتأكد من فهم الطبيب لها	"دعنا نُعد ما حدث البارحة. إنك سقطت وأذيت نفسك، ومن ثم استدعيت فريق الإسعاف، ومن ثم أخذوك إلى المشفى حيث فحصت في قسم الإسعاف"

(الجدول 14) فحص الحالة العقلية

الصنف	التعريف	مثال
الظهور العام	**المظهر:**	
	الوضعية	هو بوضعية انحناء أثناء الوقوف
	الاعتناء الذاتي	غير حالق للحية
	توافق المظهر مع العمر	يبدو أصغر سناً من عمره الزمني
	اللباس	يلبس بشكل غير مناسب للوضع
	السلوك:	
	طريقة مميزة	يبدي تعبيرات في الوجه أو حركات في اليد غير اعتيادية
	السلوك النفسي الحركي	يؤدي حركات سريعة (متهيجة) أو بطيئة (مثبطة)
	العرّات	يؤدي حركات غير مجدية ومتكررة
	الموقف تجاه الفاحص:	
	متعاون	يتصرف بشكل مفيد
	مغوي	يتصرف بشكل مثير
	عدائي	يبدو غاضباً
	دفاعي	يبدو وكأنه يأخذ الملاحظات على محمل شخصي
الحس والإدراك	مستوى الوعي	لديه من مقياس غلاسكو للسبات من معدل 3 (بحالة سبات) إلى 15 (واعي تماماً)
	الوسن *lethargy*	يبدو مثبطاً عقلياً
	النعاس	يبدو متعباً
	التوجه:	
	للأشخاص	لا يعرف اسمه أو مع من يعيش
	للمكان	لا يعرف أين هو
	للزمان	لا يعرف السنة، اليوم، الوقت
	الذاكرة:	
	الحالية	لا يتذكر 3 كلمات من أي سؤال وذلك بعد 5 دقائق

الصنف	التعريف	مثال
الحس والإدراك /تابع/	القريبة	لا يتذكر نشاطاته خلال 12 ساعة الأخيرة. ويقع في ثغرات في الذاكرة مع معلومات زائفة
	البعيدة	لا يتذكر المعلومات التاريخية الأساسية الشخصية (مدينة المولد)
	الانتباه	لا يستطيع تركيز انتباهه بدون إلهائه عن المنبهات الأخرى
	التركيز	لا يستطيع تكرار سلسلة من 3 إلى 6 أرقام إلى الأمام أو إلى الخلف (الامتداد الرقمي) أو تهجئة كلمة "عالم" إلى الخلف
	القدرة الإدراكية	لا يستطيع قراءة فقرة بسيطة من نص. لا يعرف كم ولاية تشكل الولايات المتحدة. لا يستطيع حساب 6×8
	القدرة المكانية	لا يستطيع نسخ رسم بسيط لمثلث أو مربع.
	القدرة التجريدية	لا يستطيع وصف الاختلاف بين التفاح والكمثرى لا يستطيع شرح معنى المثل "من كان بيته من زجاج عليه عدم رمي الآخرين بالحجارة "
الكلام	الحجم	يتكلم بشكل ناعم جداً
	السرعة	يبدو مجبراً على التكلم بسرعة (كلام مضغوط)
	النطق	لا يتكلم بوضوح
	عوز في اللغة	يستعمل كلمات بشكل غير صحيح أو مفردات سيئة
المزاج والعاطفة	المزاج	يصف الشعور بالكآبة (مكتئب، بلا أمل، انتحاري) أو بالهوس (سعيد، مبتهج، متهيج)
	العاطفة	يظهر للفاحص نقص في التعبير الخارجي للمزاج (عديم الحس، محدود الحس، فاتر)
	الانسجام والملاءمة	المزاج ملائم للشعور، كلاهما ملائم للوضع

الصنف	التعريف	مثال
التفكير	الشكل أو تسلسل التفكير (الارتباطات بين الأفكار)	لديه أشكال تفكير تجعله ذا معنى، وكل منها يتبع الآخر بشكل منطقي لديه أفكار تتحرك بسرعة من الواحدة إلى الأخرى (تطاير الأفكار) يكرر الأفكار (المثابرة) يستجيب للصوت أكثر منه لمعنى الكلمة (الصداء اللفظي)
	محتوى التفكير:	
	الأعمال القسرية	لا يستطيع الامتناع عن القيام بعمل ما (غسل يديه)
	الوسواس	لا يستطيع أن يبعد فكرة ما عن رأسه
	الرهاب	لديه خوف غير منطقي (يخاف التبول في حجرة المرحاض العامة)
	التوهم	لديه اعتقاد كاذب (مقتنع أن CIA خلفه)
	فكرة الإشارة	يعتقد أن الممثل في الفيلم يتحدث عنه
الإدراك الحسي	الانخداع *Illusion*	يسيء تفسير الواقع (يعتقد أن اللعبة التي على الأرض في غرفة مظلمة هي حيوان حي)
	هلوسة	لديه إدراك حسي كاذب (يشعر بأن حشرات تزحف على جلده)
المحاكمة والبصيرة	الدقة *Accuracy*	يعطي استجابة غير عادية لوضع افتراضي (يقول إنه سيرمي الرسالة المعنونة والمطبوعة التي وجدها على رصيف المشاة)
	البصيرة	يفهم مرضه بأنه رُبما أسهم هو فيه
إمكانية الاعتماد عليه *Reliability*	الموثوقية	يعطي بشكل صحيح وواضح معلومات عن إدخالاته السابقة إلى المشفى (بالاستناد إلى معلومات العائلة والأصدقاء والمحاكمة السريرية)
التحكم بالدافع	الاندفاعات العدوانية والجنسية	لا يستطيع التحكم بالدوافع (بالاستناد إلى القصة والسلوك الحالي)

(الجدول 15) فحص الحالة العقلية المصغّر (MMSE) لـ *Folstein*

الصنف	نموذج عن التعليمات الموجهة للمريض	المعدل الأعظمي
التوجه	سمّ الموقع الحالي والزمن	10
التسجيل	أعد أسماء ثلاثة أشياء	3
الانتباه والحساب	اطرح 7 من 100 واستمر بالطرح بمقدار 7	5
التذكر	تذكر أسماء الأشياء الثلاثة العليا	3
اللغة	سمّ الشيء الذي أحمله	8
تركيب	ارسم هذا الشيء	1

* المعدل الكلي الأعظمي = 30، معدل كلي <25 يفترض وجود مشكلات إدراكية، معدل كلي <20 يعني اضطراباً واضحاً

III. الاختبارات التشخيصية *Diagnostic Tests*

I) مقدمة

أ. أنواع الاختبارات

1. تقيم الاختبارات النفسية الأداء الإدراكي (بما فيه الذكاء)، الإنجاز، الشخصية والإمراضية النفسية.
2. تصنف الاختبارات بحسب أهدافها وبحسب الطريقة التي جمعت المعلومات من خلالها إلى موضوعية *Objective* وإسقاطية *Projective*.

ب. الاختبارات الموضوعية مقابل الإسقاطية

1. يقوم **الاختبار الموضوعي** على أسئلة مع إجابات نعم أو لا **تسجل بشكل سهل** وتحلل إحصائياً.
2. يتطلب **الاختبار الإسقاطي** وجود شخص ويتولى الفاحص **تفسير الأسئلة** ويفترض أن تعتمد الإجابات على دوافع المريض وآلياته الدفاعية.

II) الاختبارات الإدراكية

أ. الذكاء والعمر العقلي *Intelligence and mental age*

1. إن **الذكاء** هو القدرة على فهم المفاهيم المجردة والتفكير فيها واستيعابها، ومن ثم استدعائها وتحليلها وتنظيم المعلومات، وذلك لتلبية الاحتياجات الخاصة للشخص في المستقبل.

2. **العمر العقلي** *Mental age (MA)* وهو مستوى الأداء العقلي بالمقارنة مع شخص من نفس العمر الزمني.

ب. حاصل الذكاء *Intelligence quotient (IQ)*

1. وفق مقاييس الذكاء *Stanford-Binet and Wechsler* (الجدول 16) فإن حاصل الذكاء هو نسبة العمر العقلي إلى العمر الزمني مضروبة بـــ 100:

العمر العقلي (MA) ÷ **العمر الزمني** (CA)× 100

2. IQ **بمقدار** 100 يعني أن العمر العقلي (MA) والعمر الزمني (CA) هو نفسه.

3. IQ هو ثابت نسبياً خلال الحياة، أعلى عمر زمني مستخدم لتحديد IQ هو 15 سنة.

4. تتأثر نتائج اختبارات IQ **بالثقافة والخبرات المبكرة.**

(الجدول 16) الاختبارات الشخصية النفسية والنفسية العصبية المستعملة في الطب النفسي

صنف الاختبار	الاختبار	الاستعمالات والخصائص
الذكاء	مقياس ذكاء البالغ المعدل لـ *Wechsler (WAIS-R)*	هو اختبار الذكاء الأكثر شيوعاً ويشمل 11 اختباراً فرعياً (6 شفوي و 15 انجازياً) يقيّم المعلومات العامة والفهم والتشابهات والحساب والمفردات وتجميع صورة وتكميل صورة وتصميم مبنى وتجميع شيء والمجال الرقمي والرمز الرقمي.
	مقياس ذكاء الأطفال المعدّل لـ *Wechsler (WISC-R)*	يستعمل لاختبار الذكاء في الأطفال بعمر 6 - 16.5 سنة
	مقياس الذكاء ما قبل المدرسة والأولي لـ *Wechsler (WPPSI)*	يستعمل لاختبار الذكاء في الأطفال بعمر 4 - 6.5 سنه
الإنجاز	اختبار الإنجاز واسع المجال	يستعمل سريرياً لتقييم المهارات الحسابية والقراءة والتهجئة
	Peabody Individual Achievement Test	يستعمل في الأنظمة المدرسية لتقييم الإنجاز في مجالات الفرد النوعية
الشخصية (تستعمل لتحديد خصائص الشخصية والإمراضية النفسية)	اختبار مينسوتا متعدد الوجوه لتقييم الشخصية *(MMPI-2)*	اختبار موضوعي يجيب المريض فيه بصح أو خطأ على 566 سؤال عن نفسه، تشمل المقاييس السريرية الاكتئاب والزور والفصام والمراقية ومعايير صحيحة لقياس التظاهر بالمرض (التمارض) أو التظاهر بالصحة السليمة (إخفاء المرض)
	اختبار *Rorschach*	اختبار إسقاطي يفسر فيه المريض التصاميم لبقع حبرية متناظرة ثنائية الجانب، يستعمل لتحديد اضطرابات التفكير وآليات الدفاع
	اختبار إكمال الجملة *(SCT)* *Sentence Completion Test*	اختبار إسقاطي حيث يكمل المريض جملا (مثال: أرغب كثيراً في....)، يستعمل لتحديد الهموم والمشكلات من خلال الارتباطات الشفوية

صنف الاختبار	الاختبار	الاستعمالات والخصائص
	اختبار إدراك أو تفهم الموضوع بالترابط *Thematic Apperception Test (TAT)*	اختبار إسقاطي يبتدع فيه المرضى نصوصاً بناءً على صور لحالات غامضة، تستعمل النصوص لتقييم المشاعر والصراعات غير الواعية
النفسية العصبية	مجموعة *Halstead-Reitan* *Halsted-Reitan battery (HRB)*	تستعمل للتحري عن الآفات ومكانها وتحديد تأثيراتها
	المجموعة النفسية العصبية لـ لوريا-نبراسكا *Luria-Nebraska Neuropsychological Battery (LNNB)*	تستعمل لتحديد السيطرة الدماغية يميناً أو يساراً ولتحديد الأنماط النوعية للخلل الدماغي (خلل القراءة *dyslexia*)
	الاختبار البصري الحركي لبندير *Bender Visual-Motor Gestalt test*	يستعمل لاستعراض القدرة البصرية والحركية من خلال إعادة إنتاج التصاميم

5. IQ **المتوسط والطبيعي هو 109-90. الانحراف المعياري في معدلات IQ هو 15.**
6. معدل IQ يتراوح بين 71-84 يعني أداءً عقلياً متوسطاً.
7. الشخص مع IQ أخفض بانحرافين معياريين في الوسط الحسابي (IQ < 70) يعتبر **متخلفاً عقلياً.**

III. اختبارات الإنجاز

أ. تقيّم اختبارات الإنجاز إلى أي مدى يبرع الشخص **في مجالات الفرد النوعية.**

ب. تستعمل هذه الاختبارات في المدارس وفي الصناعة.

IV. اختبارات الشخصية ومقاييس الامراضية النفسية

أ. تستعمل الاختبارات الشخصية في **تقييم الإمراضية النفسية وخصائص الشخصية.**

ب. اختبارات الشخصية الأكثر شيوعاً واستخداماً في أمريكا [اختبار مينسوتا متعدد الوجوه لتقييم الشخصية *(MMPI)*، اختبار *Rorschach*، اختبار إكمال الجملة، اختبار إدراك أو تفهم الموضوع بالترابط *(TAT)*] موصوفة في الجدول 16).

V. الاختبارات النفسية العصبية

أ. تصمم الاختبارات النفسية العصبية لتقيم الذكاء العام، الذاكرة، التفكير، التوجه، الأداء الإدراكي الحسي الحركي، أداء اللغة، الانتباه، التركيز وذلك في مريض مشتبه بإصابته بآفات عصبية (عته، أذية دماغية).

ب. الاختبارات النفسية العصبية موصوفة في (الجدول 16).

VI. التقييم الحيوي لمصاب بأعراض نفسية

أ. قياس الأمينات الحيوية والأدوية النفسية

1. يحدث في بعض الأمراض النفسية تغير في مستويات الكاتيكولامين ومستقلباته، (الجدول 17).

2. تقاس المستويات المصلية لمضادات الاكتئاب ومضادات الذهان لتقييم مطاوعة المريض وأثناء الشك بفرط الجرعة ولتحديد فيما إذا تم الوصول إلى مستويات الدم العلاجية للدواء.

(الجدول 17) التقييم الحيوي للمريض النفسي

الاختبار أو القياس النوعي	الاستعمالات والخصائص
قياس غدي - عصبي	
مستوى الأمينات الحيوية (ومستقلباتها)	يقيس مستويات النواقل العصبية ومستقلباتها في سوائل الجسم لأهداف تشخيصية وبحثية
الدوبامين (*HVA*)	يرتفع في الفصام والأمراض الأخرى بما فيها الذهان، وينقص في داء باركنسون والاكتئاب
نورابينفرين (*MHPG, VMA*)	يرتفع *VMA* في ورم القواتم، ينقص *MHP* في الاكتئاب الشديد
سيروتونين (*5 - HIAA*)	ينخفض في الاكتئاب الشديد والاندفاعية والعنف وإضرام النار ومتلازمة *Tourette* وسوء استعمال الكحول والشراهة
اختبار التثبيط بالديكساميتازون	يستخدم لتوقع أي من المرضى سوف يستجيب جيداً إلى مضادات الاكتئاب أو الصدمة الكهربائية (أيا منهم لديه نتيجة اختبار إيجابية وتعرًف بنقص تثبيط الكورتيزول بعد جرعة اختبار من الديكساميتازون).
الوظيفة الغدية	يستخدم لتحديد قصور الدرق الذي يسبب أعراضاً اكتئابية أو فرط نشاط الدرق الذي يسبب أعراض قلق.
التصوير العصبي والتخطيط الدماغي الكهربائي (*EEG*)	
التصوير الطبقي المبرمج	يحدد التغيرات الدماغية التشريحية في الأمراض الإدراكية وربما في الفصام
تصوير الرنين المغناطيسي النووي (*MRI*)	يساعد في تحديد داء زوال النخاعين (التصلب العديد) ويظهر الحالة الكيميائية الحيوية للنسج العصبية بالإضافة إلى التشريح بدون تعريض المريض إلى أشعة متأينة.
التصوير الطبقي بإصدار البوزيترون (*PET*) أو (*MRI*) الوظيفي	يحدد موقع المناطق الدماغية النشيطة فيزيولوجياً خلال مهام نوعية وتقيس استقلاب الغلوكوز في النسيج العصبي
تخطيط كهربائية الدماغ (*EEG*)	يقيس الفعالية الكهربائية في قشر المخ، يفيد في تشخيص الصرع وتفريق الهذيان (*EEG* غير طبيعي) عن العته (*EEG* طبيعي غالباً)
EEG بعد الإثارة أو ما يسمى بالتنبيهات المثارة *Evoked potentials*	يقيس الفعالية الكهربائية في قشر الدماغ استجابة إلى تنبيه لمسي أو صوتي أو بصري، يستخدم لتقييم الرؤية ونقص السمع في الرضع واستجابات الدماغ في المسبوتين والمرضى بداء زوال النخاعين.

الاختبار أو القياس النوعي	الاستعمالات والخصائص
اختبارات أخرى	
مقابلة أموباربيتال صوديوم (مصل الحقيقة)	يرخي المرضى في حالات مثل اضطراب التحول، والحالات الذهانية الخرساء والاضطرابات الانفصالية حيث يمكنهم إظهار نفسهم خلال المقابلة.
الحقن داخل الوريد بصوديوم لاكتات أو استنشاق *CO2*	يستخدم لتشخيص اضطراب الهلع حيث يسر كلا العلاجين نوبة هلع في المريض المصاب بالهلع
استجابة الجهد الكهربائية (اختبار "كاشف الكذب")	يحدد مستوى الشدة التي تظهر بإثارة الجهاز العصبي الودي، يقيس زيادة نشاط غدد العرق التي تسبب نقص المقاومة الكهربائية للجلد

HVA = homovanillic acid; VMA= vanillylmandelic acid; MHPG = 3 methoxy – 4- hydroxyphenylglycol; 5-HIAA=5 hydroxyindoleacetic acid

ب. اختبار التثبيط بالديكساميتازون

1. في مريض طبيعي ومع محور وطائي كظري نخامي طبيعي فإن الكورتيكوستروئيد الصنعي **ديكساميتازون يثبط إفراز الكورتيزول**. يكون لدى نصف المرضى المصابين بالاضطراب الاكتئابي الرئيس تقريباً يكون الاختبار إيجابياً (لا يحدث هذا التثبيط).

2. موجودات الاختبار الإيجابية هي غير نوعية، يشاهد عدم التثبيط في حالات عدا الاضطراب الاكتئابي الرئيس، هي الفصام والعته والحمل والقهم العصبي أو زيادة الوزن الشديدة والاضطرابات الغدية وسوء استعمال الكحول والانسحاب عنه ومزيلات القلق.

ج. الوظيفة الغدية

1. تستخدم اختبارات الوظيفة الدرقية للكشف عن **نقص أو فرط النشاط** حيث تحاكي **اضطرابات المزاج والقلق**.

2. مرضى الاكتئاب يمكن أن يكون لديهم **شذوذات غدية أخرى** (نقص استجابة إلى الهرمون المحرر للحاثات الدرقية

thyrotropin-releasing hormone، اضطراب في هرمون النمو، نقـص مـستويات المـيلاتونين *melatonin* والحاثات القندية *(gonadotropin)*.

3. تترافق الأعراض النفسية أيضاً مع اضطرابات غدية أخرى مثل داء كوشينغ *Cushing disease* وداء أديسون *Addison disease*.

4. الاختبارات التي تستعمل لتقييم المرضى موجودة في (الجدول 17)

د. الاختبارات المخبرية لمراقبة ظهور اختلاطات المعالجة الدوائية

1. تعـداد دم كامل لكشف نقص المحببات في المرضى الذين عولجوا بـ *clozapine* أو *Carbamazepine*.

2. قـياس سـكر الـدم، فانخفاضه يحاكي الاكتئاب أو ظهور أعراض اضطراب فكري أو قلق.

3. اختبارات وظائف الكبد بعد العلاج بالكاربامازيبين و*Valproic acid* أو *divalproex sodium*.

4. اختبارات الوظيفة الدرقية والكلوية بعد العلاج بالليثيوم.

هـ التصوير العصبي والتخطيط الدماغي الكهربائي

يمكن أن تترافق المتغيرات البنيوية الدماغية وتغيرات *EEG* مع اضطرابات نفسية نوعية (الجدول 17).

و. اختبارات أخرى

إن الاختبارات مثل مقابلة أموباربيتال صوديوم والحقن داخل الوريد لصوديوم لاكتات أو استنشاق Co2 واستجابة الجلد الكهربائية. كلها تستعمل سريرياً وتشخيصياً ولأغراض بحثية (الجدول 17).

خاتمة

كلي أمل أن أكون قد استطعت في هذا الكتيب أن أبين ولو على عجالة أنه بإمكاننا التعلم كيف نفهم بصورة أفضل كائناً إنسانياً قد يبدو مستعصياً على الفهم، وأن نقيم علاقة مهنية سليمة معه، حتى ولو أبدى رغبة في قطع علاقاته مع البشر جميعاً.

كلي أمل أن أكون قد سهلت التعّرف كيف لنا أن نفحص نفسياً شخصاً لديه من المشاعر والأحلام والآمال مثل ما لدينا، ولديه قدرة على المعاناة مثل ما لدينا.

آمل أن أكون قد أزحت الستار عن تقنية الفحص والتقييم النفسي والعقلي لفهم حقيقة معاناة مريضنا رغم أنه قادر على الإفصاح أو المشاركة بالتشخيص بكامل إنسانيته، بل على شخص بمقدورنا أن نجعله يحيا الحياة بحب.. وبشكل طبيعي، وهنا نقطة الالتقاء بين معارفنا العلمية المعاصرة في الطب النفسي، وبين ضميرنا ووجداننا.

أتمنى أن أرى في أطباء المستقبل انصهاراً أكثر في العلاقة الإنسانية من خلال ممارسة الطب عامة والطب النفسي خاصة، وفي علاقات الطبيب بكل المخلوقات والموجودات وخاصة المريض.

كلي أمل أنّ يتمكن طبيب المستقبل من السيطرة على المعارف المتزايدة للعلوم الطبية مطعمة برؤيته الإنسانية فالناس ومنهم المرضى يجب أن يكونوا المستفيدين بشكل أساسي من هذه المعارف، وكل ما أرجوه أن لا يجعل الأطباء معارفهم تتدخل في علاقتهم مع مرضاهم بصورة مؤذية أو غير أخلاقية، وأن لا تسبب الوسائل التقنية مهما بلغ تطورها خللاً يودي بالنتيجة إلى أذية أو إساءة لأي إنسان وخاصة المريض. فقبل كل شيء يد الطبيب خُلِقَت لتكون على كتف المريض أو ذراعه كمعين ضد الظلمة ودليل للنور.

أصلّي.. صلاتي حب وشوق وخشوع.. لكي يتكامل العلم والمعرفة والإنسانية والأدب والأخلاق في شخصية الطبيب النفسي... وهذا ليس سهلاً... وعلى كل الأطباء اتخاذ منحى قبول حدود معارفهم وإبداعهم وألا يتعاملوا مع مرضاهم وفق أهوائهم الشخصية.

ويجب أن نتذكر: **إنّ الحياة في الحقيقة جميلة، ولكنها كئيبة في نفس الوقت...** وهذه هي الحقيقة المرة للحياة الإنسانية....

المؤلف

جدول المحتويات

فكرة وجيزة عن
الفحص النفسي والعقلي

يوضّح هذا الكتاب كيف لنا أن نفحص ولو على عجالة بطريقة علمية أي خلل نفسي أو عقلي يتعرض له الإنسان.

ويعتبر هذا الكتاب فريداً في أسلوبه الذي يعتمد أسساً علميةً دقيقة وبسيطة ليساعد الأطباء وعلماء النفس والتربية والاجتماع والطلبة وأسرة المريض وحتى المريض نفسه على تفهم الحالة النفسية والعقلية للفرد والتي تساعد على وضع تشخيص دقيق لأي خلل.



http://www.raypub.com